



Manual del miembro/ Evidencia de cobertura

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

¿Tiene alguna pregunta?
Llámenos al **1-855-817-5785** (TTY: 711),
de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
La llamada no tiene costo. O bien, visite duals.anthem.com.



Manual del miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

Del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Su cobertura de salud y medicamentos en virtud de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Presentación del *Manual del miembro*

En este manual, encontrará información sobre su cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan hasta el 31 de diciembre de 2022. Aquí se detallan los servicios de atención médica, servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por el abuso de sustancias), cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y aparatos de apoyo de largo plazo le ayudan a permanecer en casa en lugar de ir a un hogar de ancianos u hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este Cal MediConnect Plan es ofrecido por Anthem Blue Cross. En este *Manual del miembro*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Anthem Blue Cross. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. Spanish

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-817-5785** (TTY: **711**)，週一至週五上午 8：00-晚上 8：00。通話免費。 Chinese

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, cho quý vị. Xin gọi số **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí. Vietnamese

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. Tagalog

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio. Llame al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si su pedido es regular. Eso quiere decir que enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. Además, puede encontrar los documentos en línea, en duals.anthem.com.



Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	16
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos.....	37
Capítulo 4: Tabla de beneficios	60
Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.....	119
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal	140
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos.....	152
Capítulo 8: Sus derechos y obligaciones	158
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)	177
Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect	233
Capítulo 11: Avisos legales.....	243
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	246



Descargos de responsabilidad

- ❖ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan médico que tiene contratos tanto con Medicare como con Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. son licenciarios independientes de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.
- ❖ La cobertura de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es una cobertura médica mediante calificación denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ IngenioRx, Inc. es una empresa independiente que presta servicios de administración de beneficios de farmacia en nombre de su plan médico.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, un plan médico que cubre todos los servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en él. También explica qué esperar y qué otra información obtendrá de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Bienvenido a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	7
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. Ventajas de este plan	8
D. Área de servicio de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	9
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan	9
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan médico	9
G. Su equipo de atención y plan de salud	11
G1. Equipo de atención	11
G2. Plan de salud	11
H. Prima mensual del plan Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	11
I. El <i>Manual del miembro</i>	11
J. Otra información que obtendrá de nosotros	12
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	12
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	13
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	14
J4. <i>Explicación de beneficios</i>	14

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



K. ¿Cómo puede mantener su registro de miembro al día? 14

 K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI) 15



A. Bienvenido a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es un Cal MediConnect Plan. Un Cal MediConnect Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y soportes a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También cuenta con administradores de casos y equipos de atención para ayudarlo a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan fue aprobado por el Estado de California y los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) para proporcionarle servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración supervisado de forma conjunta por California y el Gobierno federal a fin de brindar una mejor atención para las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal. Mediante esta demostración, los Gobiernos estatales y federales quieren evaluar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios de Medicare y Medi-Cal.

Anthem Blue Cross ha proporcionado servicios a los californianos durante más de 75 años. En Anthem Blue Cross, estamos dedicados a brindar el mejor cuidado a nuestros miembros, proporcionando un mayor valor a nuestros clientes y ayudando a mejorar la salud de nuestras comunidades.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a:

- Personas de 65 años o más,
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- Personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. El estado administra Medi-Cal, y el estado junto con el Gobierno federal financian este programa. Medi-Cal ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y soportes a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), así como los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada Estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Los estados pueden decidir cómo dirigir sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y California aprobaron Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el Estado de California nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, incluidos los medicamentos recetados. **No pagará más para inscribirse en este plan médico.**

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor en conjunto y de mejor forma para usted. Algunas de las ventajas incluidas son las siguientes:

- Usted podrá trabajar con **un** plan médico para **todas** sus necesidades de seguros médicos.
- Contará con un equipo de atención que usted ayudará a formar. El equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, su cuidador, sus médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de atención médica.
- Tendrá acceso a un administrador de casos. Esta es una persona que trabaja con usted, con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de salud.
- Podrá dirigir su propio cuidado con ayuda de su equipo de atención y administrador de casos.
- El equipo de atención y el administrador de casos trabajarán con usted para generar un plan de salud especialmente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención le ayudará a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa lo siguiente:
 - El equipo de atención se asegurará de que los médicos sepan de todos los medicamentos que usted toma para que puedan estar seguros de que esté tomando los medicamentos correctos y para que puedan reducir cualquier efecto secundario que usted pueda tener por los medicamentos.
 - El equipo de atención se asegurará de que los resultados de los exámenes se compartan entre todos los médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D. Área de servicio de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Nuestra área de servicios incluye estos condados en California: condado de Santa Clara.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Si se muda fuera de nuestra área de servicios, no podrá permanecer en este plan. Consulte el capítulo 8 para obtener más información sobre qué sucede cuando se muda fuera de nuestra área de servicio. Deberá ponerse en contacto con el trabajador de elegibilidad del condado local:

Oficina de Medi-Cal: 1-800-541-5555 (TTY: 711)

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio, **y**
- Tenga 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- Tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B, **y**
- Sea elegible actualmente para Medi-Cal, **y**
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos.

Puede haber normas de elegibilidad adicionales en su condado. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan médico

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de riesgos de la salud (HRA) en el plazo de los primeros 90 días.

Debemos realizar una HRA por usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de salud individual (ICP). La HRA incluirá preguntas para identificar los servicios médicos, los LTSS y las necesidades funcionales y de salud del comportamiento.

Nos pondremos en contacto con usted para realizar la HRA. La HRA se puede realizar mediante una consulta en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que visita actualmente durante un tiempo determinado. Puede mantener sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicios en el momento en que se inscribe durante un máximo de 12 meses si se cumplen todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan de manera directa continuar viendo a su proveedor actual.
- Podemos establecer que usted tenía una relación existente con un médico de atención primaria o un proveedor de atención especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que usted realizó una visita que no era de emergencia con un proveedor fuera de la red por lo menos una vez durante los 12 meses previos a la fecha de su inscripción inicial en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.
 - Determinaremos que se trata de una relación existente tras examinar la información de salud que tenemos disponible sobre usted o que usted nos envíe.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión de forma más rápida. En ese caso, debemos responder en 15 días.
 - Disponemos de 3 días calendario para responder su solicitud si hay riesgo de que usted salga perjudicado debido a una interrupción de su atención médica.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación que indique una relación existente y deben aceptar ciertos términos al realizar la solicitud.

Nota: Esta solicitud **no puede** hacerse para proveedores de equipo médico duradero (DME), servicios de transporte, otros servicios auxiliares o servicios que no se incluyen en Cal MediConnect.

Después de la finalización del periodo de continuidad de la atención, usted deberá acudir a médicos y a otros proveedores dentro de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, a menos que hagamos un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Los proveedores de atención primaria (PCP) de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un equipo de médicos de atención primaria y especialistas que trabajan en conjunto para proporcionar la atención que usted necesita. Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir atención médica.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G. Su equipo de atención y plan de salud

G1. Equipo de atención

¿Necesita ayuda para recibir la atención que necesita? Un equipo de atención puede ayudarle. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un administrador de casos u otro personal de salud que usted elija.

Un administrador de casos es una persona que está capacitada para ayudarle a administrar la atención que usted necesita. Se le asignará un administrador de casos al inscribirse en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Esta persona también lo referirá a recursos comunitarios si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no proporciona los servicios que usted necesita.

Puede llamarnos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para pedir un equipo de atención.

G2. Plan de salud

El equipo de atención trabajará con usted para preparar un plan de salud. En un plan de salud, se les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo los recibirá. Incluye sus necesidades de servicios médicos, de salud del comportamiento y de LTSS. Su plan de salud se elaborará específicamente para usted y sus necesidades.

Este plan de salud incluirá lo siguiente:

- Sus objetivos de atención médica.
- Los plazos en que deberá recibir los servicios que necesita.

Después de la evaluación de riesgo de la salud, su equipo de atención se reunirá con usted. Hablará con usted sobre los servicios que necesita. También puede indicarle que piense en la posibilidad de recibir otros servicios. Su plan de salud se basará en sus necesidades. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar el plan al menos una vez al año.

H. Prima mensual del plan Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no tiene una prima mensual del plan

I. El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestras acciones. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Puede pedir el *Manual del miembro* llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede consultar el *Manual del miembro* en duals.anthem.com o descargarlo de este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, entre el 1.º de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

Ya debe haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, la información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, y la información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

En nuestro plan, tendrá solo una tarjeta para los servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y soportes a largo plazo, ciertos servicios de salud del comportamiento y medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado. A continuación hay un modelo de la tarjeta para que tenga una idea de cómo será la suya:

 <p>Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>Member Name: John Q. Sample Member ID: 999999999 PCP Name: RONALD E. PINKERTON MD PCP Phone: 1-555-555-5555 Medical Group: MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0 for all benefits except Tier 2 drugs</p> <p>H6229 006</p>	<p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: 020115 RxPCN: IS RxGRP: WKSA RxID:</p>	<p>In case of an emergency, go to the nearest emergency room or call 911.</p> <p>Member Services: 1-855-817-5785 (TTY 711) Pharmacy Member Services: 1-833-370-7466 (TTY 711) Behavioral Health: 1-855-278-4204 (TTY 711) 24/7 NurseLine: 1-800-224-0336 (TTY 711) Help for Pharmacists: 1-833-377-4266 Transportation Services: 1-888-325-1024 (TTY 711) Outpatient (OP) Authorizations: Medical Group Auth. Phone Number Website: duals.anthem.com</p> <p>Send claims to: P.O. Box 366, Artesia, CA 90702-0366 Claim Inquiry: 1-888-291-1358</p> <p>Anthem Blue Cross and Blue Cross of California Partnership Plan are Independent licensees of the Blue Cross Association.</p>
--	--	---

Si su tarjeta de Cal MediConnect se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato, y le enviaremos una nueva. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para recibir servicios de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, tal vez el proveedor le facture a Medicare en lugar de nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el capítulo 7 para saber lo que debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que, para tener acceso a los servicios especializados de salud mental que puede obtener del plan médico mental (MHP) del condado, necesitará tener su tarjeta de Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores y las farmacias de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 9).

Puede pedir el *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en duals.anthem.com o descargarlo de este sitio web.

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de profesionales de atención de la salud (como médicos, enfermeros practicantes y psicólogos), centros (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como proveedores de atención diurna para adultos y de cuidado médico en el hogar) que puede consultar como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. También aparecen las farmacias que puede utilizar para obtener medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan incluyen:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención de la salud a quienes puede consultar como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud para nuestro plan, **y**
 - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de cuidado médico en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red de servicios han aceptado los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto en un caso de emergencia, usted debe surtir las recetas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan le pueden brindar la información más actualizada sobre los cambios en farmacias y proveedores de nuestra red.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Allí se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

En la Lista de medicamentos, también se indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite duals.anthem.com o llame al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un resumen que lo ayudará a entender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB).

En la EOB se le indica el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En la EOB, encontrará más información sobre los medicamentos que toma. En el capítulo 6, se brinda más información sobre la EOB y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

La EOB también está disponible a pedido. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

K. ¿Cómo puede mantener su registro de miembro al día?

Para mantener actualizado su registro de miembro, infórmenos cualquier cambio en sus datos.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le cuestan.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Cambios en cualquier otra cobertura del seguro médico; por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, el empleador de su pareja doméstica o compensación para trabajadores.
- Cualquier demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Ingreso en un hogar de ancianos u hospital.
- Atención en un hospital o una sala de emergencias.
- Cambios en quién es su cuidador (la persona responsable de usted).
- Usted forma parte de un estudio de investigación clínica o ingresa en uno.

Si hay algún cambio en su información, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información de su registro de miembro puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes estatales y federales nos obligan a mantener la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener información más detallada sobre cómo protegemos su PHI, consulte el capítulo 8.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de casos y otras personas que trabajen como defensor en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	18
A1. Cuándo ponerse en contacto con Servicios para Miembros	18
B. Cómo comunicarse con su administrador de casos.....	24
B1. Cuándo ponerse en contacto con su administrador de casos	25
C. Cómo comunicarse con la Línea de Enfermería 24/7	26
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Enfermería 24/7	26
D. Cómo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line	27
D1. Cuándo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line	27
E. Cómo ponerse en contacto con el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	28
E1. Cuándo ponerse en contacto con el HICAP	28
F. Cómo ponerse en contacto con la Quality Improvement Organization (QIO)	29
F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta BFCC-QIO	29
G. Cómo ponerse en contacto con Medicare.....	30
H. Cómo ponerse en contacto con Health Care Options de Medi-Cal	31

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- I. Cómo comunicarse con el Cal MediConnect Ombuds Program 32
- J. Cómo ponerse en contacto con County Social Services 33
- K. Cómo ponerse en contacto con su County Specialty Mental Health Plan 34
 - K1. Póngase en contacto con el County Specialty Mental Health Plan por lo siguiente: 34
- L. Cómo ponerse en contacto con el California Department of Managed Health Care 35
- M. Otros recursos..... 36

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

LLAME AL:	1-855-817-5785. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-888-426-5087
ESCRIBA A	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 6150 Cerritos, CA 90703-9329
SITIO WEB	duals.anthem.com

A1. Cuándo ponerse en contacto con Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura relacionada con su atención médica es una decisión sobre los siguientes aspectos:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
 - El monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas respecto de una decisión de cobertura relacionada con su atención médica.
 - Para conocer más acerca de las decisiones de cobertura, consulte el capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Cómo contactarse con nosotros si está pidiendo una decisión de cobertura relacionada con su atención médica

LLAME AL:	1-855-817-5785. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Utilization Management 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 7120 Cerritos, CA 90703-9329

Cómo contactarse con nosotros si está pidiendo una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D

LLAME AL:	1-833-370-7466. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Attention: Pharmacy Department P.O. Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Cómo contactarse con nosotros para presentar un reclamo, una queja formal o una apelación (atención médica y medicamentos recetados)

LLAME AL:	<p><u>Para la Parte C (atención médica), llame al:</u> 1-855-817-5785</p> <p><u>Para la Parte D (medicamentos recetados), llame al:</u> 1-833-370-7466</p> <p>Para la Parte C (atención médica): De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Para la Parte D (medicamentos recetados): Las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Para la Parte C (atención médica): De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Para la Parte D (medicamentos recetados): Las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
ESCRIBA A	<p>Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Complaints, Appeals & Grievances 4361 Irwin Simpson Road Mailstop: OH0205-A537 Mason, OH 45040</p>

- Apelaciones sobre su atención médica.
 - Una apelación es un método formal para solicitarnos que modifiquemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si piensa que cometimos un error.
 - Para conocer más acerca de cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor, esté o no esté en la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Quality Improvement Organization (consulte la sección F a continuación).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Puede llamarnos y explicarnos el motivo de su reclamo. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede enviar un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Puede presentar un reclamo sobre Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ante el Cal MediConnect Ombuds Program llamando al 1-855-501-3077.
- Para conocer más acerca de cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos
 - Una decisión de cobertura relacionada con los medicamentos es una decisión sobre los siguientes aspectos:
 - Sus beneficios o medicamentos cubiertos, ●
 - El monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Medi-Cal y medicamentos de venta libre de Medi-Cal.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para presentar una apelación, usted puede:

Llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos recetados, consulte el capítulo 9.
- Reclamos sobre sus medicamentos
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
- Puede enviar un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a Medicare. Puede completar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos recetados, consulte el capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió, consulte el capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 para obtener más información sobre apelaciones.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos el costo de la atención médica que haya recibido

LLAME AL:	1-855-817-5785. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	CareMore Health P.O. Box 366 Artesia, CA 90702-0366

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que haya recibido

LLAME AL:	1-833-370-7466. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	IngenioRx ATTN: Claims Department - Part D Services P.O. Box 52077 Phoenix, AZ 85072-2077

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



B. Cómo comunicarse con su administrador de casos

En Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted tendrá el apoyo de un administrador de casos para asistirlo antes, durante y después de un evento médico.

- Cuando usted se convierte en miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, será asignado a un administrador de casos.
- Un administrador de casos se comunicará con usted para asegurarse de que usted tenga lo que necesita.
- Si ingresa al hospital, un administrador de casos puede ayudar a coordinar los servicios que posibiliten que usted se recupere en casa.
- Si siente que podría usar la ayuda de un administrador de casos, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros y pida hablar con un administrador de casos.
- Si no se siente cómodo con su administrador de casos, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para encontrar un administrador de casos que satisfaga sus necesidades.

LLAME AL:	1-855-817-5785. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
ESCRIBA A	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Case Management 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 7120 Cerritos, CA 90703-9329
SITIO WEB	duals.anthem.com

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



B1. Cuándo ponerse en contacto con su administrador de casos

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) y centros de enfermería (Nursing Facilities, NF).

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a adultos mayores y personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de ayuda y a mejorar la calidad de sus vidas. Los ejemplos incluyen ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal, como también apoyo para tareas diarias, como lavandería, compras y transporte. Por lo general, los LTSS son proporcionados en hogares y comunidades, pero también en entornos de centros de atención, como los centros de enfermería.

Se deben satisfacer ciertos requisitos de elegibilidad a fin de calificar para estos programas.

Llame a Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad.

A veces, puede recibir ayuda con las necesidades básicas y de atención médica diarias.

Es posible que pueda recibir estos servicios:

- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS).
- Cuidado especializado de enfermería,
- Terapia física,
- Terapia ocupacional,
- Terapia del habla,
- Servicios sociales médicos,
- Atención médica en el hogar,

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



C. Cómo comunicarse con la Línea de Enfermería 24/7

La Línea de Enfermería 24/7 está a su disposición para atender sus preguntas y dudas sobre su atención médica. La Línea de Enfermería 24/7 puede disipar sus preocupaciones o ayudarlo a determinar si debe acudir a un médico. En ocasiones, le surgirán preguntas de salud tarde en la noche, durante los fines de semana o en vacaciones. Sin importar el día o la hora que sea, puede hablar con el personal de enfermería llamando a la Línea de Enfermería 24/7.

LLAME AL:	1-800-224-0336. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Enfermería 24/7

- Preguntas sobre su atención médica

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D. Cómo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line

LLAME AL:	1-855-278-4204. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

D1. Cuándo ponerse en contacto con la Behavioral Health Crisis Line

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento y por abuso de sustancias.
 - Examen médico
 - Evaluación
 - Remisión
 - Asesoramiento para crisis

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental especializados de su condado, consulte la página 34.



E. Cómo ponerse en contacto con el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

El Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ofrece asesoramiento gratuito sobre seguro de salud a personas con Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos.

El HICAP no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan médico.

LLAME AL:	1-800-434-0222 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
ESCRIBA A	Santa Clara HICAP Office 2115 The Alameda San Jose, CA 95126
SITIO WEB	www.mysourcewise.com

E1. Cuándo ponerse en contacto con el HICAP

- Preguntas sobre su plan Cal MediConnect u otra pregunta sobre Medicare
 - Los asesores de HICAP Pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
 - comprender sus derechos,
 - comprender las opciones del plan,
 - presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento médico, **y**
 - solucionar problemas relacionados con las facturas.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F. Cómo ponerse en contacto con la Quality Improvement Organization (QIO)

Nuestro estado tiene una Quality Improvement Organization centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) llamada Livanta. Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado médico para las personas con Medicare.

La BFCC-QIO Livanta no tiene relación con nuestro plan.

LLAME AL:	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta BFCC-QIO

- Preguntas sobre su atención médica.
 - Puede presentar un reclamo sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
 - considera que la cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G. Cómo ponerse en contacto con Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS.

LLAME AL:	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado médico en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro de atención para adultos mayores de su área pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



H. Cómo ponerse en contacto con Health Care Options de Medi-Cal

Health Care Options de Medi-Cal puede ayudarlo si tiene dudas respecto de seleccionar un plan Cal MediConnect u otras inquietudes sobre la inscripción.

LLAME AL:	1-844-580-7272 Los representantes de Health Care Options se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



I. Cómo comunicarse con el Cal MediConnect Ombuds Program

El Cal MediConnect Ombuds Program trabaja como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a comprender qué hacer.

El Cal MediConnect Ombuds Program también puede ayudarlo con problemas relacionados con servicios o facturación. El Cal MediConnect Ombuds Program no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguro ni plan médico. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL:	1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., excepto los días feriados.
ESCRIBA A	Cal MediConnect Ombuds Program 2 West Santa Clara Street, 8th Floor San Jose, CA 95113
SITIO WEB	www.healthconsumer.org

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



J. Cómo ponerse en contacto con County Social Services

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), póngase en contacto con el County Social Services Department de su localidad.

LLAME AL:	1-877-962-3633. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
ESCRIBA A	1888 Senter Road San Jose, CA 95112
SITIO WEB	www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



K. Cómo ponerse en contacto con su County Specialty Mental Health Plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal se encuentran disponibles a través del plan médico mental (MHP) del condado si cumple con los criterios de necesidad médica.

LLAME AL:	<p>1-800-704-0900. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días feriados.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>

K1. Póngase en contacto con el County Specialty Mental Health Plan por lo siguiente:

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento que el condado proporciona.
 - Evaluación de elegibilidad
 - Remisiones
 - Citas
 - Información general sobre servicios disponibles

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



L. Cómo ponerse en contacto con el California Department of Managed Health Care

El California Department of Managed Health Care (DMHC) es responsable por la regulación de los planes médicos. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y los reclamos contra su plan médico sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL:	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC se encuentran disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



M. Otros recursos

California Department of Aging

El California Department of Aging (CDA) tiene programas para adultos mayores, adultos con discapacidades, cuidadores de familia y residentes en centros de atención a largo plazo en todo el estado.

Dirección: 1300 National Drive, Suite 200
Sacramento, CA 95834-1992

Llame al: 1-916-419-7500

TTY: 1-800-735-2929

Sitio web: www.aging.ca.gov/AboutCDA/

Agencias del área especializadas en la tercera edad

Las Agencias del área especializadas en la tercera edad (AAA) ofrecen varios servicios para personas mayores y adultos con discapacidades en la comunidad y son un recurso local para las inquietudes de la tercera edad.

Llame al: 1-800-510-2020

TTY: 711

Sitio web: www.aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Area_Agencies_on_Aging/

CalFresh

CalFresh es un programa alimenticio en California que ofrece beneficios de comidas mensuales a personas y familias que reúnen los requisitos del programa.

Llame al: 1-877-847-3663

TTY: 711

Sitio web: calfresh.dss.ca.gov/food/

Meals on Wheels California

Meals on Wheels California (MOWCA) es una asociación recientemente establecida afiliada a Meals on Wheels America. Nuestra misión es crear una opinión unificada de los proveedores de nutrición en California y ampliar el impacto de nuestros programas que mejoran la vida de personas mayores, adultos con discapacidades y sus familias.

El servicio de Meals on Wheels consiste en comidas nutritiva, compañerismo y una mirada atenta a la salud y la seguridad de nuestros mayores.

Llame al: 1-877-434-8075

TTY: 711

Sitio web: www.mealsonwheelsamerica.org/find-meals

Centros para la tercera edad de California

Los centros para la tercera edad ayudan a los estadounidenses a recibir los servicios para la tercera edad.

Sitio web: www.careforcalifornia.net/list11_ca_senior_centers.htm

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene reglas y términos específicos que usted debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. También brinda información acerca de su administrador de casos, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las normas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	39
B. Normas para recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud del comportamiento cubiertos por el plan.....	39
C. Información sobre su administrador de casos.....	41
C1. Qué es un administrador de casos	41
C2. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos.....	42
C3. Cómo puede cambiar de administrador de casos	42
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red.....	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria.....	42
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	45
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan.....	46
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	47
E. Cómo recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).....	48
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)	48

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F1. ¿Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se prestan fuera de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a través del Santa Clara County Behavioral Health Services Department? 48

G. Cómo recibir servicios de transporte..... 50

H. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o en caso de desastre..... 51

 H1. Atención ante una emergencia médica 51

 H2. Atención necesaria de forma urgente..... 53

 H3. Atención durante un desastre..... 53

I. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan..... 54

 I1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 54

J. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 55

 J1. Definición de estudio de investigación clínica 55

 J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 55

 J3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica 56

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 56

 K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 56

 K2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 56

L. Equipo médico duradero (DME) 57

 L1. DME como miembro de nuestro plan..... 57

 L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage..... 57

 L3. Sus beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan..... 59

 L4. Equipo de oxígeno si se cambia a Original Medicare o a Medicare Advantage 59

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A. Información acerca de los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos recetados y medicamentos sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen todos los servicios que nuestro plan paga. Los servicios de atención médica, de salud del comportamiento y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos se incluyen en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de cuidado médico en el hogar, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y servicios y soportes a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan médico. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando acude a un proveedor dentro de la red, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para recibir servicios y soporte a largo plazo (LTSS), de atención médica y de salud del comportamiento cubiertos por el plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye servicios y soportes a largo plazo (LTSS) y de salud del comportamiento.

Por lo general, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará por los servicios de atención médica, servicios de salud conductual y LTSS que usted recibe si sigue las reglas del plan. Para recibir cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe figurar en la Tabla de beneficios del plan. (El cuadro se encuentra en el capítulo 4 de este manual.)
- Se debe determinar que la atención sea **médicamente necesaria**. Algunos de los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en el cuadro de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las normas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen al plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en línea o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.
- Para obtener los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya solicitado la atención o le haya indicado que vea a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor dentro de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP o acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como **remisión**. Si no obtiene aprobación, puede que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como a especialistas en salud de la mujer. Para conocer más sobre las remisiones, consulte la página 44.
 - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un equipo de médicos de atención primaria y especialistas que trabajan en conjunto para proporcionar la atención que usted necesita.
 - No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención necesaria de forma urgente, o para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Para conocer más sobre esto, consulte la página 44.
 - Para conocer más sobre cómo elegir a un PCP, consulte la página 43.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Debe recibir su atención de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaja con el plan médico y el grupo médico de su PCP. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - El plan cubre atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para conocer más y saber qué es la atención necesaria de forma urgente o la atención de emergencia, consulte la sección H en la página 51.
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindarle, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, se puede requerir autorización previa. En esta situación, cubriremos la atención sin costo para usted. Para conocer cómo obtener aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la sección D en la página 47.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un periodo corto. Puede recibir estos servicios en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede solicitarnos seguir viendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, se nos exige aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores (consulte el capítulo 1 en la página 9). Si aprobamos su solicitud, puede seguir recibiendo servicios de los proveedores que consulta en la actualidad durante un máximo de 12 meses. Durante ese tiempo, su administrador de caso se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa viendo a proveedores que no están en nuestra red ni están afiliados al grupo médico de su PCP.

C. Información sobre su administrador de casos

C1. Qué es un administrador de casos

Un administrador de casos es un profesional clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan con el fin de proporcionarle servicios de administración de casos. Los administradores de casos se asocian con los pacientes para que reciban la atención médica que ellos necesitan para estar sanos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Un administrador de casos ayuda a los pacientes a:

- Entender cómo va su salud actual
- Crear un plan de atención de urgencia justo para ellos
- Recibir la atención médica que necesitan de nuestro plan y su comunidad
- Ser parte del manejo de su propia salud
- Trabajar con los trabajadores de cuidado de la salud como equipo
- Cumplir sus metas de llegar a estar sano

C2. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos

Póngase en contacto con su administrador de casos llamando a Servicios para Miembros. En muchas situaciones, el administrador de casos puede proporcionarle al miembro su información de contacto directo.

C3. Cómo puede cambiar de administrador de casos

Si prefiere que lo vea un administrador de casos distinto, llame a Servicios para Miembros para compartir sus dudas y pedir otro administrador de casos.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y administre su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado.

Definición de “PCP” y qué hace un PCP por usted

Su PCP es su principal proveedor de cuidados médicos. Su PCP conservará sus registros médicos y conocerá sus necesidades de salud con el tiempo. Verá a su PCP para chequeos periódicos y consultas de bienestar. Si se enferma, su PCP será el primero en brindarle atención. Le recetará medicamentos, solicitará autorización previa para los servicios que usted necesita y lo remitirá a especialistas u otros proveedores, de ser necesario.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Un grupo médico es un equipo de médicos de atención primaria y especialistas que trabajan en conjunto para proporcionar la atención que usted necesita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Su PCP puede ser:

- Un médico de cabecera
- Obstetra/ginecólogo
- Un especialista que brinde atención primaria
- Una clínica del departamento de salud local o clínica comunitaria similar

Su elección de PCP

Su relación con su PCP es importante. Así que al elegir su PCP, trate de pensar en los siguientes motivos para ayudarse. Cuando usted elige a un PCP, debe hacer lo siguiente:

- Elegir un proveedor que usted use ahora, **o**
- Elegir un proveedor que le haya sugerido alguien de su confianza, **o**
- O elegir un proveedor que esté cerca de su casa.

Cuando se inscribe en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, debe elegir a un PCP de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Los PCP están listados por ciudad y condado, de modo que puede encontrar uno cercano al lugar donde vive o trabaja. En el directorio, también se indica qué idiomas se hablan en los consultorios del PCP. Si necesita ayuda para elegir a un PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Al seleccionar su PCP, también está eligiendo el/los hospital(es) y la(s) red(es) de especialidad asociada(s) con su PCP. Al elegir un PCP, será remitido a los especialistas, hospitales y otros proveedores asociados con su PCP y/o grupo médico.

Su tarjeta de membresía tiene impresos el nombre y el número telefónico de su PCP.

Si necesita ayuda para elegir a un PCP, también puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. Si hay un especialista u hospital en particular que desea usar, es importante que verifique si están afiliados al grupo médico de su PCP. Puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias* o pedirle a Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan que averigüe si el PCP que usted desea hace remisiones a ese especialista o usa ese hospital.

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red del plan, lo podemos ayudar a encontrar un nuevo PCP que se encuentre dentro de la red del plan.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Para cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. Al llamar, asegúrese de indicarle a Servicios para Miembros si está acudiendo a un especialista o recibiendo otros servicios que requieren la aprobación de su PCP. Algunos de estos servicios pueden ser servicios de cuidado de la salud en el hogar y equipos médicos duraderos.

Puede comenzar a ver a su PCP el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud. Por ejemplo, si pide cambiar su PCP el 13 de septiembre, puede comenzar a atenderse con su nuevo médico de atención primaria el 1.º de octubre.

Recuerde que los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia su PCP, también podría estar cambiando de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de indicarle a Servicios para Miembros si está viendo a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación del PCP. Servicios para Miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención especializada y los demás servicios.

Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se conoce como **remisión**. Usted puede obtener servicios como los que se incluyen en el listado a continuación sin necesidad de aprobación previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención urgentemente necesaria proporcionada por proveedores de la red.
- Atención urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a obtener el servicio de diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio.)
- Vacunas contra la gripe y la COVID-19, así como contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor dentro de la red.
- Atención médica de rutina para las mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), análisis de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención de la salud para indígenas estadounidenses, puede consultar a estos proveedores sin necesidad de una remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos para pacientes con cáncer.
- Cardiólogos para pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas para pacientes con problemas en huesos, articulaciones o músculos.

Si necesita atención de un especialista, su PCP lo remitirá al médico indicado o a algún otro proveedor de cuidados médicos que pueda brindarle el tipo de atención que necesita.

- Para algunos servicios, es probable que necesite una autorización previa. Autorización previa significa que usted necesita nuestra aprobación antes de que pueda recibir un servicio o medicamento determinado. Su médico u otro proveedor de cuidados médicos solicitará una autorización previa por los servicios que consideran que usted necesita. Para averiguar qué servicios requieren autorización previa, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4.
- Es probable que su PCP trabaje únicamente con un hospital o grupo de especialistas en particular. Es por esto que debe obtener una remisión de su PCP antes de ver a un especialista. Si tiene alguna pregunta con respecto a los especialistas u hospitales con los que trabaja su PCP, comuníquese con este o con Servicios para Miembros.

Es muy importante obtener una remisión (aprobación por anticipado) antes de acudir a un especialista contratado por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan o de recibir servicios especializados (a excepción de aquellos servicios mencionados anteriormente en la sección D). Si no tiene una remisión (aprobación por anticipado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar por los servicios usted mismo. Consulte la sección D para obtener información acerca de cuáles servicios requieren remisiones y/o autorizaciones previas.

Si un especialista quiere que usted regrese para recibir más atención, verifique primero para estar seguro de que la remisión (aprobación por anticipado) de su PCP, un extensivista o enfermero practicante o especialista cubre más visitas a ese especialista. De lo contrario, usted debe obtener otra remisión (aprobación por anticipado) para las visitas adicionales al especialista.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Además, los PCP usan ciertos especialistas y hospitales para las remisiones, así que el PCP que usted selecciona suele determinar los especialistas y hospitales a los que usted es remitido. Si hay un especialista u hospital particular contratado por el Centro de atención de CareMore que usted prefiera, corrobore primero que su proveedor de atención primaria envíe pacientes a ese especialista o use ese hospital.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan

Un proveedor dentro de la red que lo atiende puede dejar el plan. Si uno de los proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, debemos brindarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible, de buena fe, para avisarle al menos 30 días antes a fin de que tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento médicamente necesario al que está sometido no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Si, actualmente, está con un tratamiento médico, puede haber algunos casos donde cambiar su médico, proveedor auxiliar u hospital perjudicaría su plan de tratamiento actual. A continuación, se indican algunos ejemplos de afecciones médicas por las que es posible que usted continúe recibiendo atención de su proveedor actual después de que él/ella abandone nuestra red:

- Visitas posoperatorias después de una cirugía
- Rehabilitación cardíaca
- Cirugías programadas
- Trasplantes de órganos
- Finalización de un tratamiento actual de quimioterapia o radioterapia
- Atención para pacientes hospitalizados

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Puede haber otros ejemplos, y se harán los arreglos apropiados según cada caso, en función de la necesidad médica. Si actualmente recibe tratamiento continuo activo de un especialista del plan o si hay circunstancias especiales que podrían ameritar o requerir que continúe su atención médica con su proveedor actual después de que este abandone nuestra red, llame a Servicios para Miembros.

D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, no cubriremos la atención que recibe de un proveedor fuera de la red. Esto significa que la atención que recibió se la brindó un proveedor que no forma parte de la red del plan. Hay momentos en que cubriremos la atención de un proveedor fuera de la red. Aquí le indicamos tres casos en que cubriremos la atención de un proveedor fuera de la red:

- Si usted necesita atención de emergencia o atención de urgencia. Para obtener más información sobre esto y para saber qué significa atención de emergencia o atención de urgencia, consulte los apartados Atención de emergencia o Atención necesaria de forma urgente en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.
- Si usted necesita atención médica que Medicare indica que nuestro plan debe cubrir pero ninguno de los proveedores de nuestra red ofrece este tipo de atención. En este caso, su PCP o especialista deberá obtener una "autorización previa". Esto significa que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan debe aprobar esto antes de que usted reciba la atención. Si usted tiene aprobación por anticipado, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red. Es muy importante que obtenga la aprobación de la remisión de su PCP, especialista o extensivista antes de ver a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene una remisión antes de recibir atención médica de un proveedor fuera de la red, tal vez deba pagar por los servicios usted mismo.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio del plan por un periodo corto.

Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no son elegibles para participar en Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



E. Cómo recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) consisten en Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y Centros de enfermería (NF). Los servicios pueden brindarse en su hogar, en la comunidad o en un centro. A continuación, se describen los diferentes tipos de LTSS:

- **Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS):** programa de servicio ambulatorio basado en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, entrenamiento y apoyo de familia/cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios si usted cumple con los criterios de elegibilidad aplicables.
- **Centro de enfermería (NF):** centro que brinda atención a las personas que no pueden vivir seguras en sus hogares pero que no necesitan estar en un hospital.

Su administrador de casos lo ayudará a entender cada programa. Para obtener más información sobre estos programas, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias)

Tendrá acceso a servicios de salud conductual necesarios por motivos médicos que estén cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan proporciona acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no proporciona los servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero estos estarán disponibles para los miembros elegibles de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a través del Santa Clara County Behavioral Health Services Department y el Department of Alcohol and Drug Services.

F1. ¿Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se prestan fuera de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan a través del Santa Clara County Behavioral Health Services Department?

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal se encuentran disponibles a través del plan médico mental (MHP) del condado si cumple con los criterios de necesidad médica de los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal prestados por el Santa Clara County Behavioral Health Services Department incluyen:

- Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, servicios colaterales y desarrollo del plan)
- Servicios de apoyo de medicamentos

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Tratamiento intensivo diurno
- Rehabilitación diurna
- Intervención en caso de crisis
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- Servicios en centros médicos psiquiátricos
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Administración de casos objetivo

Los servicios de Drug Medi-Cal están disponibles para usted a través del Santa Clara County Behavioral Health Services Department si cumple con los criterios de necesidad médica de Drug Medi-Cal. Los servicios de Drug Medi-Cal proporcionados por el Santa Clara County Behavioral Health Services Department y el Department of Alcohol and Drug Services incluyen:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento para dejar los narcóticos
- Servicios de tratamiento con naltrexona para casos de dependencia opiode

Además de los servicios de Drug Medi-Cal mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios de necesidad médica.

Si siente que necesita alguno de estos servicios, hable con su administrador de casos o su PCP. Su administrador de casos o proveedor le hará preguntas para averiguar las clases de servicios que usted necesita y le ayudará a escoger un proveedor. Usted podría necesitar una remisión o una autorización previa (lo que significa que necesita nuestro permiso) para recibir los servicios. Una vez que obtenga la remisión y/o la autorización previa, usted o su administrador de casos pueden programar una cita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G. Cómo recibir servicios de transporte

Transporte médico que no sea de emergencia

- Este beneficio proporciona el transporte que sea más económico y accesible. Este puede incluir: ambulancia, camioneta con litera, servicios de transporte médico en camioneta para silla de ruedas y coordinación con paratransito.
- Esta forma de transporte está autorizada cuando:
 - Su afección médica y/o física no le permite viajar en autobús, vehículos particulares, taxis u otro medio de transporte público o privado, y
 - Se requiere el transporte para obtener la atención médica necesaria

Transporte no médico

- Este beneficio le proporciona transporte para recibir servicios médicos en vehículos particulares, taxi u otro medio de transporte público o privado. Por ejemplo, usted podría usar este servicio si necesita transporte hacia su cita programada con el médico.

Para obtener más información, consulte el capítulo 4, sección D, o comuníquese con Servicios para Miembros.

Los servicios de transporte cubiertos se proporcionan para las consultas de atención médica de rutina y que no sean de emergencia aprobadas por el plan, para miembros ambulatorios o que utilicen sillas de ruedas de tamaño estándar, y que no tengan una afección médica que los limite y les impida utilizar los medios comunes de transporte público. Para ser cubiertos, los servicios de transporte deben ser prestados por un operador de servicio de transporte contratado y designado. Se pueden usar distintos medios de transporte, que no sean camionetas y taxis, si están aprobados por el plan.

Cómo programar el transporte

- Debe coordinar su transporte a través de nosotros y programarlo con no menos de 48 horas hábiles antes de su cita médica.
- A cada miembro se le permite un acompañante.
- Usted debe informar al Transportation Department por lo menos 24 horas hábiles antes de la cita si llevará un acompañante. Todos los acompañantes deben tener 17 años o más.
- No se permiten animales, a menos que sean animales de servicio.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Se necesita un Formulario de declaración de certificación del médico para transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) para servicios de transporte en ambulancia, camioneta con camilla o litera, silla de ruedas o transporte aéreo para miembros con determinadas afecciones médicas y físicas.

Para programar su transporte, llame a nuestra Unidad de Transporte al 1-888-325-1024 (TTY: 711), de lunes a viernes (excepto los días feriados), de 7 a. m. a 6 p. m.

Política de cancelación

Debe informarnos de cualquier cancelación 24 horas hábiles antes de su viaje programado. Es importante cancelar su viaje programado para que podamos notificar al servicio de transporte y al conductor. Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información.

H. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o en caso de desastre

H1. Atención ante una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor agudo o una lesión de gravedad. La afección es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría prever que conllevará:

- Un riesgo importante para su salud o la del feto; •
- Un daño grave en las funciones corporales; •
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; •
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - No haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o las del bebé no nacido.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia u hospital más cercanos. Si la necesita, llame para pedir una

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



ambulancia. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.

- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llámenos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. Este número también está en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan lo cubre. Para conocer más, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ofrece cobertura complementaria limitada de atención médica de emergencia para las ocasiones en las que se encuentre fuera de Estados Unidos. Consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4 para obtener información más detallada.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

Recibir atención de emergencia si no era una emergencia

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que solicite atención de emergencia, pero el médico le diga que no era realmente una emergencia. Siempre y cuando usted, razonablemente, crea que su salud estuvo en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- Acude a un proveedor dentro de la red, o
- El cuidado adicional que recibe se considera “atención urgentemente necesaria” y usted sigue las normas para recibir este cuidado. (Consulte la siguiente sección.)

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



H2. Atención necesaria de forma urgente

Definición de atención necesaria de forma urgente

La atención urgentemente necesaria es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, si usted tiene una afección existente que se agrava en determinado momento y necesita recibir tratamiento.

Atención urgentemente necesaria cuando usted se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención urgentemente necesaria solo si:

- Recibe la atención de un proveedor dentro de la red, **y**
- Sigue las otras normas que se describen en este capítulo.

Sin embargo, si no puede llegar a un proveedor dentro de la red, cubriremos la atención urgentemente necesaria que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene una enfermedad o lesión repentina que no sea una emergencia médica y está en el área de servicio del plan, llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, vaya a cualquier centro de atención de urgencia ubicado dentro de nuestra área de servicio. Hay una lista de centros de atención de urgencia en su *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Atención de urgencia cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor dentro de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre la atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo hasta un límite combinado de \$10,000 por año calendario. Este límite solo se aplica a los servicios prestados fuera de los Estados Unidos.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su Estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre declarado: duals.anthem.com.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor dentro de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede abastecer su receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el capítulo 5 para obtener más información.

I. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, debe pedirnos que paguemos la factura.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda devolverle el monto.

Si usted ha pagado por sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 para saber lo que debe hacer.

II. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubre todos los servicios:

- Que se hayan determinado médicamente necesarios, **y**
- Que estén incluidos en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el capítulo 4), **y**
- Que usted obtiene al seguir las normas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo total.**

Si desea saber si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el capítulo 9 se explica lo que debe hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También se le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si pasa ese límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



J. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como un ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan que no esté relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario obtener aprobación de nosotros o de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención, como parte del estudio *no* necesitan ser proveedores de la red.

Sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene planificado participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de casos debe comunicarse con Servicios para Miembros para informarnos que usted participará en un ensayo clínico.

J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos en virtud del estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos en virtud del estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los productos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

J3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede conocer más sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución de atención de la salud, religiosa, no médica.

Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es únicamente para los servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Parte A (servicios de atención de la salud no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médica que se presten en instituciones religiosas de atención de la salud no médica.

K2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para recibir atención de una institución de atención de la salud religiosa, no médica, debe firmar un documento legal donde se indique que se opone a recibir tratamiento médico que sea “no excluido”.

- Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado que sea voluntario y no exigido por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “excluido” corresponde a la atención que no se considera voluntaria y que es obligatoria según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a aspectos de cuidado no religiosos.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Si es admitido, su beneficio y cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados puede aplicarse a servicios recibidos en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica. Consulte su beneficio de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que se explica en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

Equipo médico duradero (DME) significa ciertos artículos solicitados por un proveedor para uso en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos.

En esta sección, hablamos de los DME que debe alquilar. Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted por lo general no será dueño del DME, sin importar el tiempo de alquiler.

En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros para averiguar los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de poder quedárselos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Nota: En el capítulo 12, encontrará definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare and You 2022 (Medicare y Usted 2022)*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos en Original Medicare o deberá realizar la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage para quedarse con el DME en estos casos:

- No se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan; y
- Deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan médico del programa Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el DME en virtud de Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o Medicare Advantage no se tendrán en cuenta para los pagos que debe efectuar después de dejar nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos en Original Medicare o deberá realizar una cantidad de pagos consecutivos nuevos establecidos por el plan Medicare Advantage para quedarse con el DME.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



L3. Sus beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para recibir equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega del oxígeno y los contenidos del oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se deberá devolver al propietario cuando ya no sea necesario por motivos médicos o si usted abandona nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno si se cambia a Original Medicare o a Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario **y usted cancela su inscripción en nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, usted deberá alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios que se indicaron anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- su proveedor deberá brindarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- su proveedor deberá brindarle el equipo de oxígeno y los suministros durante hasta 5 años si estos son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo necesario por motivos médicos **al finalizar el periodo de 5 años**:

- su proveedor ya no tiene la obligación de proporcionárselo y usted podrá elegir recibir un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- comienza un nuevo periodo de 5 años.
- usted se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
- luego de esto, su proveedor tiene la obligación de brindarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es necesario por motivos médicos **y usted abandona nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que Original Medicare cubra. Puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo explica los servicios que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubre y cualquier restricción o límite sobre esos servicios. También incluye información sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos	61
A1. Durante emergencias de salud pública.....	61
B. Normas para evitar que los proveedores le cobren por los servicios	61
C. Tabla de beneficios de nuestro plan	61
D. La Tabla de beneficios	64
E. Beneficios cubiertos fuera de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.....	114
E1. Transiciones a la comunidad de California (CCT)	114
E2. Medi-Cal Dental Program	115
E3. Cuidado para enfermos terminales.....	115
E4. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS).....	116
F. Beneficios no cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal.....	116

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica qué servicios paga Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. En el capítulo 5, encontrará información sobre los beneficios para medicamentos. En este capítulo, también se explican los límites para algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando respete las normas del plan. Consulte el capítulo 3 para obtener información detallada sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su administrador de casos y/o a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

A1. Durante emergencias de salud pública

Si vive en una zona en la que se ha declarado una emergencia de salud pública, es posible que el plan ofrezca beneficios cubiertos adicionales. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre los beneficios que estarán disponibles mientras dure la emergencia de salud pública.

B. Normas para evitar que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que los proveedores de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan le facturen los servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y usted estará protegido contra cualquier cobro. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si esto ocurre, consulte el capítulo 7 o llame a Servicios para Miembros.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

En la Tabla de beneficios, se indica qué servicios paga el plan. Se indican las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Los servicios que cubren Medicare y Medi-Cal deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Los servicios (incluso atención médica, servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Algunos de los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra autorización por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa aparecen marcados en la Tabla de beneficios.

Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las normas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción.

Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen al plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en línea o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, evitar enfermedades o discapacidades significativas o para aliviar un dolor agudo.

- Usted recibe atención por parte de un proveedor dentro de la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el capítulo 3, hay más información sobre el uso de proveedores dentro de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brindan y supervisan su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda recibir atención de alguien que no sea su PCP o acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como remisión. En el capítulo 3, hay más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo no necesita una remisión.
- Debe recibir atención de proveedores que estén afiliados con el grupo médico de su PCP. Consulte el capítulo 3 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor dentro de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se llama “autorización previa”. Los servicios cubiertos que requieren de una autorización previa aparecen marcados con una nota en la Tabla de beneficios.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.
- Los servicios opcionales del plan de salud (CPO) pueden estar disponibles como parte de su plan de salud individualizado. Estos servicios le brindan ayuda adicional en su hogar, como comidas, ayuda para usted o su cuidador, o barandillas de seguridad en la ducha y rampas. Estos servicios pueden ayudarlo a vivir con más independencia pero **no** reemplazan los servicios y soportes a largo plazo (LTSS) que usted tiene autorizados a recibir de conformidad con Medi-Cal. Si necesita ayuda o desea averiguar cómo pueden ayudarlo los servicios CPO, comuníquese con su administrador de casos.



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

D. La Tabla de beneficios

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagaremos por una ecografía solo una vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o enfermero profesional clínico.</p>	\$0
<p>Acupuntura</p> <p>Pagaremos un máximo de dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios cada mes calendario o con más frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>Además, pagaremos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días para miembros con dolor lumbar crónico, el cual se define como aquel que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no se puede identificar una causa sistémica; por ejemplo, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. <p>Además, pagaremos 8 sesiones adicionales de acupuntura para aliviar el dolor lumbar crónico si usted presenta una mejora. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura se deberán interrumpir si su estado no mejora o si empeora.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Evaluación y asesoramiento por abuso del alcohol</p> <p>Pagaremos un solo examen de detección de abuso del alcohol (SBIRT) para adultos que abusen del alcohol pero que no sean dependientes. Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si sale positivo por abuso del alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) provistas por un proveedor o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben tener nuestra aprobación.</p> <p>En aquellos casos que no son emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización para el transporte que no sea de emergencia.</i></p>	\$0
 <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Puede obtener un chequeo anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Pagaremos por esa visita una vez cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de densitometría ósea</p> <p>Pagaremos por ciertos procedimientos para los miembros que califiquen (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o contraer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>Pagaremos por el servicio una vez cada 24 meses o más seguido si es médicamente necesario. También pagaremos para que un médico examine y comente los resultados.</p>	\$0
 <p>Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografías)</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagaremos por servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con la remisión de un médico.</p> <p>También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para una enfermedad del corazón)</p> <p>Cubrimos una consulta por año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer enfermedades del corazón. Durante esta consulta, su médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar sobre el uso de la aspirina, • Controlar la presión arterial, y/o • Brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
 <p>Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos los análisis de sangre para detectar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades del corazón.</p>	\$0
 <p>Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello del útero</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de cuello del útero o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para las mujeres de 30 a 65 años: prueba de detección de virus del papiloma humano (VPH) o Papanicolaou más prueba de detección de VPH una vez cada 5 años 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (prueba de detección de enema opaco) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses • Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años • Colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección) • Colonoscopia (o prueba de detección de enema opaco) para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cada 24 meses. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS)</p> <p>Los CBAS son un programa de servicios basados en un centro para pacientes ambulatorios donde las personas asisten de acuerdo con un programa. Proporcionan atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluida terapia física, terapia ocupacional y del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para la familia o el cuidador, servicios nutricionales, servicios de transporte y otros servicios. Pagaremos los CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p>Nota: Si un centro de CBAS no está disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización. Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</i></p>	\$0
<p> Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o desea dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagaremos dos tentativas para dejarlo en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales de asesoramiento. <p>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubriremos dos tentativas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Si está embarazada, puede recibir sesiones de asesoramiento ilimitadas para dejar de fumar con autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Ciertos servicios dentales, incluso limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del Medi-Cal Dental Program. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la sección E2.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Pagaremos una sola prueba de detección de depresión cada año. Debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de la diabetes</p> <p>Pagaremos este examen de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas diabéticas (ya sea que utilicen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear su glucosa en la sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en sangre ○ Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa en sangre ○ Dispositivos de punción y lancetas ○ Soluciones para el control de la glucosa para controlar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, pagaremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas), con ajuste incluido, y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales por año calendario ○ O un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste y tres pares de plantillas cada año (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas que se entregan con los zapatos) • En algunos casos, pagaremos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <p>Este plan cubre únicamente tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y monitores de glucosa en sangre OneTouch® (fabricado por LifeScan, Inc.), Accu-Chek® (fabricado por Roche Diagnostics), Precision Xtra® y FreeStyle® (fabricado por Abbott).</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <p>No cubriremos otras marcas, a menos que su proveedor nos indique que ello es médicamente necesario.</p> <p>Los monitores de glucosa en sangre se pueden comprar a través de un proveedor de equipo médico duradero (DME). Si compra un monitor de glucosa en sangre en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de pedido por correo, el artículo no estará cubierto.</p> <p>Las tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y las lancetas se pueden comprar en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de pedido por correo.</p> <p>Cubrimos hasta 100 tiras reactivas por mes.</p> <p>Este plan cubre un control de glucosa en sangre por año. Su proveedor debe obtener aprobación del plan antes de que paguemos por tiras reactivas o lancetas cuyo costo sea mayor a la suma detallada anteriormente o que no provengan de fabricantes aprobados.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero [DME]”, consulte el capítulo 12 de este manual.)</p> <p>Se cubren los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Colchones eléctricos • Almohadilla de compresión seca para colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar • Bombas para infusión intravenosa y portasueros • Bomba enteral en el hogar • Dispositivos para generar el habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores • Bastón con mango curvo estándar o de cuatro apoyos y suministros de reemplazo • Equipo de tracción cervical (para instalación sobre la puerta) • Estimulador del crecimiento óseo • Equipo de atención de diálisis <p>Se pueden cubrir otros artículos.</p> <p>Cubriremos todos los DME médicamente necesarios que suelen cubrir Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitar que se realice un pedido especial para usted.</p> <p>Este plan solo cubre los ácidos hialurónicos DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3. No cubriremos otras marcas, a menos que su proveedor nos indique que ello es médicamente necesario.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia comprende servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La afección es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede prever que la afección podría conllevar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo importante para su salud o la del feto; ○ • Un daño grave en las funciones corporales; ○ • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○ • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o las del bebé no nacido. <p>Servicios de atención de urgencia y de emergencia cubiertos en todo el mundo hasta un límite combinado de \$10,000 por año calendario. Este límite solo se aplica a los servicios prestados fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y requiere atención para pacientes hospitalizados después de estabilizada su emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención para pacientes hospitalizados solo si el plan aprueba su permanencia.</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Entrenamiento y fortalecimiento físico</p> <p>Este programa ofrece programas de ejercicio presenciales y virtuales para ayudarlo a mantenerse en forma. Al comenzar el programa, se realiza una evaluación a fin de desarrollar un plan de ejercicio personal que incluya sus objetivos específicos de acondicionamiento físico. Tendrá acceso a clases grupales de ejercicio a pedido y por video en vivo desde la comodidad de su casa. Los miembros también tienen acceso a sesiones presenciales y a clases en grupos reducidos, que están disponibles con cita previa en determinados lugares.</p>	\$0
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite escoger cualquier proveedor para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar • Métodos de planificación familiar (IUC/DIU, implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, parches o anillos) • Suministros de planificación familiar recetados (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados • Asesoramiento, análisis y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • Consejería y análisis para VIH y SIDA y otras condiciones relacionadas al VIH <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepción permanente (usted debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal para la esterilización con 30 días de anticipación como mínimo, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético <p>También pagaremos algunos otros servicios de planificación familiar. No obstante, debe consultar a un proveedor de nuestra red de proveedores sobre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada.) • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • Estudios genéticos 	
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos una variedad de programas especiales para determinados problemas de salud. Estas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación sobre salud; • Clases de educación en nutrición; • Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco; y • Línea directa de información de enfermería <p>Los miembros pueden solicitar una cita para una evaluación integral de la salud en un Centro de atención de CareMore. Tal vez se apliquen limitaciones y normas clínicas.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Evaluación integral de la salud: La consulta inicial para Evaluación integral de la salud es una característica importante de este plan, y se les sugiere a los miembros que programen una cita en nuestro Centro de atención de CareMore al momento de la inscripción. El programa proporciona un chequeo médico completo. Incluye análisis de sangre y otros análisis que usted puede necesitar para su afección y edad. Nos ayuda a identificar cualquier problema de salud, de modo que podamos ofrecerle las remisiones adecuadas y mantenerlo sano. Durante su cita, su proveedor de cuidados médicos hablará con usted acerca de su salud y cualquier pregunta que usted tenga. Ellos revisarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una lista de sus medicamentos y resurtidos urgentes • Los resultados de laboratorio en el lugar • Las solicitudes de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) necesarios • Los suministros para diabetes (para miembros con diabetes) • El plan de salud individualizado • La inscripción en programas de educación y atención crónica del plan <p>Es una cita gratuita adicional disponible una vez al año para revisar cualquier cambio en su salud. Esto no reemplaza su chequeo regular anual con su PCP. Es aparte de su chequeo anual, para que podamos estar al día con respecto a su salud.</p> <p>Los resultados de su visita se utilizan para crear un plan médico personalizado que incluya sus objetivos de salud. Se entrega una copia de los resultados y el plan médico personalizado a su médico, de modo que este pueda revisar los resultados con usted y ayudarlo durante el año. Comuníquese con el plan para obtener más información o para programar una cita.</p> <p>Nota: No se necesita autorización o remisión para usar la Línea directa de enfermería.</p>	

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de audición</p> <p>Pagamos exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indicarán si necesita tratamiento médico. Los exámenes están cubiertos como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Si usted está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagaremos los audífonos, incluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes, suministros y accesorios insertables • Reparaciones que superen los \$25 cada una • Un juego de pilas inicial • Seis visitas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de obtener el audífono • Alquiler de audífonos para periodo de prueba. • El beneficio auditivo complementario es un examen de audición de rutina cada año calendario • Ajuste/evaluación de dispositivos para la audición <p>La asignación para audífonos de Medi-Cal se limita a \$1,510, incluido el impuesto a la venta, por año fiscal (1.º de julio al 30 de junio), e incluye moldes, suministros para modificación y accesorios. Este es una asignación total para ambos oídos. Este límite de la asignación no se aplica si usted está embarazada o reside en un centro de enfermería.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección del VIH, o • Tienen un mayor riesgo de contraer infección por VIH. <p>En el caso de mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos pruebas de detección del VIH adicionales si su proveedor las recomienda.</p>	\$0
<p>Atención de una agencia de cuidado médico en el hogar</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de cuidado médico en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita; una agencia de cuidado médico en el hogar deberá brindárselos.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado especializado de enfermería y de asistente de cuidado médico en el hogar parciales o intermitentes (Para que estén cubiertos en virtud del beneficio de cuidado médico en el hogar, los servicios de cuidado especializado de enfermería y de asistente de cuidado médico en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana.) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar.</p> <p>El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, la cual se define como los medicamentos o las sustancias biológicas administradas por vena o debajo de la piel que se le administran en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica, como un antivírico o inmunoglobulina; • Equipos, como una bomba; y • Suministros, como vías intravenosas o un catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar, lo que incluye, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con su plan de salud; • Capacitación y educación para el miembro que no esté incluida en el beneficio de DME; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitorización para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar provistos por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado para enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de un hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente cuando reciba servicios para enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención médica en el hogar <p>Los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información, consulte la sección E3 de este capítulo. <p>Para servicios cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, pero no cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cubrirá los servicios cubiertos por el plan y no cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios, ya sea que estén relacionados o no con su pronosis terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca son cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el capítulo 5. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado para enfermos terminales (continuación)</p> <p>Nota: Si usted necesita atención que no sea para enfermos terminales, debe llamar a su administrador de casos al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. para coordinar los servicios. La atención que no se brinda en un hospicio es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de atención en un hospicio.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si fuera médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de Medicare Parte B <p>Pagaremos otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el capítulo 6 para obtener más información.</p> <p>También cubrimos todas las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de atención especial, como unidades de cuidados intensivos o coronarios • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas/riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se establezca la emergencia.</p>



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad, y usted elige realizar su trasplante en ese lugar, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por los gastos de alojamiento y transporte para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluso almacenamiento y administración • Servicios del médico <p>No hay límite para la cantidad de días cubiertos por cada hospitalización. Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo van a internar en el hospital.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Pagaremos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después, la agencia local de salud mental del condado pagará los servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados que sean médicamente necesarios. La autorización para recibir atención que supere los 190 días se coordinará con la agencia local de salud mental del condado. <ul style="list-style-type: none"> ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagaremos los servicios que reciba en un Instituto de Enfermedades Mentales (IMD). <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo van a internar en el hospital.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si la hospitalización no es razonable y médicamente necesaria, no la pagaremos.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos en los que la atención para pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que igualmente paguemos los servicios que recibe mientras está en un hospital. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reemplazan el total o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), ○ ○ Reemplazan el total o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que tiene una disfunción o que está inutilizado. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3 • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial • Capacitación para la autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo en el hogar, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de atención de diálisis y el suministro de agua. <p>El beneficio para medicamentos de Medicare Parte B cubre algunos medicamentos de atención de diálisis. Para obtener más información, consulte el apartado “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” de este cuadro.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará una prueba de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene entre 50 y 80 años, y • Si tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, y • Si ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin tener signos o síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen de detección, el plan pagará otro examen de detección cada año con una solicitud escrita de un médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
<p>Programa de comidas posterior a una hospitalización</p> <p>Cuando le den de alta después de una hospitalización en un hospital o un centro de enfermería especializada, es posible que reúna los requisitos para recibir hasta 14 comidas nutritivas completamente preparadas (2 comidas por día durante 7 días) que serán enviadas a su casa por un proveedor del plan sin costo. Luego del alta, un miembro de la administración de casos y/o del equipo de la clínica coordinarán su beneficio de comidas. La administración de casos y/o el equipo de la clínica pueden programar la entrega en función de sus necesidades de atención médica, su diagnóstico y/o las recomendaciones que hizo su proveedor.</p> <p><i>Requiere autorización previa y remisión.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no se someten a diálisis. También es para después de un trasplante de riñón, cuando es remitido por su médico.</p> <p>Pagaremos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional médica en virtud de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare.) Podemos aprobar más servicios si fuera médicamente necesario.</p> <p>Después, pagaremos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento si el médico lo remite. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar la remisión anualmente si su tratamiento es necesario dentro del próximo año calendario. Podemos aprobar más servicios si fuera médicamente necesario.</p>	\$0
 <p>Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a promover una conducta saludable. Ofrece capacitación práctica en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios alimenticios a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele autoadministrarse y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que puede autoadministrarse mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores si estaba inscrito en Medicare Parte A cuando se realizó el trasplante de órgano • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted misma el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos anticancerígeno y para el tratamiento de las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <p>Algunos de los medicamentos cubiertos de la Parte B que se mencionan arriba pueden estar sujetos al requisito de terapia escalonada. El siguiente enlace dirige a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al requisito de terapia escalonada: https://mss.anthem.com/california-mmp/benefits/pharmacy-benefits.html.</p> <p>Cubrimos también algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio para medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Y las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados.</p> <p>En el capítulo 6, se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p> <p><i>Su proveedor debe obtener aprobación del plan antes de que usted reciba ciertos medicamentos inyectables o de infusión. Llame al plan para saber qué medicamentos aplican. Esto se denomina “obtener autorización previa”.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte médico que no sea de emergencia</p> <p>Este beneficio proporciona el transporte que sea más económico y accesible. Puede incluir: servicios de transporte en ambulancia, camioneta para personas discapacitadas, silla de ruedas y la coordinación del transporte paramédico.</p> <p>Los medios de transporte se autorizan cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su afección médica y/o física no le permite viajar en autobús, vehículos particulares, taxis u otro medio de transporte público o privado, y • Se requiere el transporte a fin de obtener la atención médica que necesita. <p><i>Es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio.</i></p> <p>Cómo programar el transporte</p> <p>Para programar el transporte, llame al 1-888-325-1024 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. Usted debe coordinar el transporte a través de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y programarlo no menos de 48 horas hábiles antes de su cita médica.</p> <p>A cada miembro se le permite un acompañante. Usted debe informar al Transportation Department por lo menos 24 horas hábiles antes de la cita si llevará un acompañante. No se permiten animales, a menos que sean animales de servicio. Cuando programe su cita con los servicios de transporte de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, se le pedirá que confirme que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su viaje programado le permite ser transportado de ida y vuelta a su cita durante el horario normal de trabajo del transporte: de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. (excepto los días feriados). • Usted puede ver el vehículo de transporte desde el edificio. • Su acompañante agendado tiene 17 años o más. <p><i>Es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte no médico</p> <p>Este beneficio le facilita el transporte a centros de servicios médicos mediante automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Tendrá acceso ilimitado de ida y vuelta.</p> <p>Requisitos de elegibilidad</p> <p>A fin de recibir servicios de transporte cubiertos, usted debe poder usar medios estándares de transporte, como autobuses, camionetas o taxis, y debe poder viajar con otras personas.</p> <p>Cómo programar el transporte</p> <p>Para programar el transporte, llame al 1-888-325-1024 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.</p> <p>Debe coordinar su transporte a través de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan y programarlo no menos de 48 horas hábiles antes de su cita médica.</p> <p>A cada miembro se le permite un acompañante. Usted debe informar al Transportation Department por lo menos 24 horas hábiles antes de la cita si llevará un acompañante. No se permiten animales, a menos que sean animales de servicio.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte no médico (continuación)</p> <p>Cuando programe su cita con los servicios de transporte de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, se le pedirá que confirme que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su viaje programado le permite ser transportado de ida y vuelta a su cita durante el horario normal de trabajo del transporte: de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. (excepto los días feriados). • Usted puede ver el vehículo de transporte desde el edificio. • Usted puede llegar desde el edificio y al vehículo de transporte sin asistencia. • Usted no tiene otra afección médica limitante que pueda restringir su capacidad para usar medios estándares de transporte, como autobuses, camionetas, taxis o viajar con otras personas. • Su acompañante agendado tiene 17 años o más. <p>Política de cancelación</p> <p>Notifique a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cualquier cancelación 24 horas hábiles antes de su viaje programado. Si necesita cancelar una cita de lunes, llame el viernes.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un Centro de enfermería</p> <p>Un Centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a las personas que no pueden vivir seguras en sus casas pero que no necesitan ser internadas en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagaremos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le brindan como parte del plan de salud. (Esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluso almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen brindar los centros de atención de enfermería • Análisis de laboratorio que suelen brindar los centros de atención de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos que suelen brindar los centros de atención de enfermería • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen brindar los centros de atención de enfermería • Servicios de médicos o profesionales • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas dentaduras • Beneficios de la visión • Exámenes de audición • Atención quiropráctica • Servicios de podología <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un Centro de enfermería (continuación)</p> <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica estén viviendo en el momento en que usted es dado de alta del hospital. <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para mantener la pérdida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan total de prevención. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, el control y la administración de estos medicamentos • Asesoramiento relativo al abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de detección de drogas o químicos en su cuerpo (prueba toxicológica) <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluso almacenamiento y administración • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación le permiten a su médico conocer si debe ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre la condición de paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja de información: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría un tratamiento para pacientes hospitalizados sin esa atención • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Exámenes de detección preventivos y servicios listados en la Tabla de beneficios • Algunos medicamentos que no pueden autoadministrarse <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos los servicios de salud mental prestados por las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o médico con licencia estatal • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un enfermero profesional clínico • Un enfermero practicante • Un auxiliar médico • Cualquier otro profesional de atención de salud mental que cumpla con los requisitos de Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de clínica • Tratamiento diurno • Servicios de rehabilitación psicosocial • Programas intensivos para pacientes ambulatorios/de hospitalización parcial • Tratamiento y evaluación individual o grupal para salud mental • Pruebas psicológicas cuando se indica clínicamente para evaluar un resultado de salud mental • Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de controlar el tratamiento con medicamentos • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • Consulta psiquiátrica <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección y asesoramiento para el abuso de alcohol • Tratamiento por abuso de drogas • Asesoramiento grupal o individual a cargo de un profesional clínico calificado • Desintoxicación subaguda en un programa de adicciones residencial • Servicios para los problemas de consumo de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento de naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagaremos la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio de hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Con este servicio, puede evitar la necesidad de permanecer en el hospital.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en estos sitios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultorio del médico ○ Centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ Departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • Consulta a un especialista y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento • Ciertos servicios de telesalud, incluidos algunos servicios médicos y de salud mental <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor dentro de la red que ofrezca servicios a través de telesalud. ○ Consulte la Tabla de beneficios que se encuentra más adelante en esta sección para obtener información detallada sobre las consultas con el médico mediante video. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal (ESRD) para miembros que realizan diálisis en el hogar, en centro de diálisis renal en un hospital u hospital de difícil acceso, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o de proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno de abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante <ul style="list-style-type: none"> ○ Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si usted no es un paciente nuevo. ○ Evaluación de video y/o imágenes que usted le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento del médico en el plazo de 24 horas si usted no es un paciente nuevo. • Consulta entre su médico y otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas ○ Fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales ○ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación por cáncer neoplásico ○ Servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización y/o remisión.</i></p>	



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podología</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes • El plan cubre 12 visitas adicionales de atención de rutina de los pies por año <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, pagaremos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos protésicos que reemplazan la totalidad o una parte de una parte o función del cuerpo. Pagaremos los siguientes dispositivos protésicos y tal vez otros dispositivos que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención para colostomías • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, sonda y adaptador, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • Marcapasos • Inmovilizadores • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) • Prótesis para reemplazar la totalidad o parte de una parte facial externa del cuerpo faltante o deteriorada como consecuencia de una enfermedad, lesión o defecto congénito • Cremas y pañales para la incontinencia <p>También pagaremos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Además, pagaremos la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>Ofrecemos cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte la sección “Atención de la vista” que figura más adelante.</p> <p>No pagaremos dispositivos protésicos odontológicos.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagaremos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Usted debe obtener una remisión para rehabilitación pulmonar de un médico o proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Pagaremos por servicios respiratorios para pacientes dependientes de ventilador.</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	\$0
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento</p> <p>Pagaremos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI. Un proveedor de atención primaria debe ordenar los exámenes. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos hasta dos sesiones personales muy intensivas de terapia del comportamiento cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagaremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que recibe como parte de su plan de salud, incluidas sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluso almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos brindados por centros de atención de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados por centros de atención de enfermería • Servicios de médicos o proveedores <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería) • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica vivan en el momento en que usted es dado de alta del hospital <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará la SET a los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que tienen una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento para PAD.</p> <p>El plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET • Un adicional de 36 sesiones con el tiempo si el proveedor de cuidados médicos lo considera médicamente necesario <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio para PAD para aquellos miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • Realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser administrado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supera el daño y que esté capacitado en terapia de ejercitación para PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero profesional clínico capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es atención que se brinda para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no sea de emergencia que requiere atención médica inmediata, o • Una enfermedad repentina, o • Una lesión, o • Una afección que requiere atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no tenga acceso a un proveedor dentro de la red.</p> <p>Los servicios de atención de urgencia y de emergencia están cubiertos en todo el mundo atención de urgencia hasta un límite combinado de \$10,000 por año calendario. Este límite solo se aplica a los servicios prestados fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Consultas con el médico mediante video</p> <p>LiveHealth® Online le permite consultar con médicos certificados por el Colegio de Médicos o terapeutas/psicólogos autorizados mediante video en vivo interactivo desde su teléfono inteligente, tableta o computadora. ¡Es muy fácil comenzar a usar este servicio! Puede inscribirse en livehealthonline.com o descargar la aplicación gratuita para dispositivos móviles LiveHealth Online y registrarse. Asegúrese de tener a mano su tarjeta del seguro médico (la necesitará para responder algunas preguntas).</p> <p>Inscríbese de forma gratuita:</p> <p>Durante la inscripción, debe ingresar información de su seguro médico, por lo que es conveniente tener su tarjeta de identificación del miembro a mano cuando se inscriba.</p> <p>Beneficios de una consulta con el médico mediante video:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La consulta es similar a cuando su médico habitual lo atiende en persona, pero a través de la cámara web. • Es una gran opción para recibir atención médica cuando su médico no puede verlo. Médicos certificados por el Colegio de Médicos pueden ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana, con la mayoría de los tipos de atención y las afecciones comunes, como gripe, resfriados, conjuntivitis, etc. • El médico puede enviar recetas a la farmacia de su elección, de ser necesario.¹ • Si se siente estresado, preocupado o está pasando un mal momento, puede coordinar una cita para hablar con un terapeuta o psicólogo autorizado desde su hogar o mientras está viajando. En la mayoría de los casos, puede programar una cita y ver a un terapeuta o psicólogo en cuatro días o menos.² <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Consultas con el médico mediante video (continuación)</p> <p>Las consultas con el médico mediante video están diseñadas para complementar las consultas en persona con un médico certificado por el Colegio de Médicos y están disponibles para la mayoría de los tipos de atención.</p> <p>LiveHealth Online es el nombre comercial de Health Management Corporation, una compañía independiente que presta servicios de telesalud en nombre de este plan.</p> <p>1. Las recetas se prescriben en función de las recomendaciones del médico y de las regulaciones (normas) estatales. LiveHealth Online está disponible en la mayoría de los estados y se espera que se expanda a otros en un futuro cercano. Consulte el mapa en livehealthonline.com para obtener más información sobre el área de servicio.</p> <p>2. Las citas se programan en función de la disponibilidad del terapeuta o psicólogo. Los psicólogos y terapeutas en video no pueden recetar medicamentos.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p> Atención de la visión</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año, y • Hasta \$100 para anteojos (marcos y lentes) o hasta \$100 para lentes de contacto cada dos años. <p>Pagaremos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para degeneración macular senil.</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos un prueba de detección del glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos de 50 años y mayores • Estadounidenses de origen hispano de 65 años o más <p>Pagaremos un solo par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos luego de la primera cirugía.)</p> <p><i>Es posible que se apliquen normas de autorización.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud, • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluso exámenes de detección e inyecciones), y • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando solicite la cita, informe en el consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

E. Beneficios cubiertos fuera de la red de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

E1. Transiciones a la comunidad de California (CCT)

El programa de CCT utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a beneficiarios de Medi-Cal elegibles que hayan estado en un centro para pacientes hospitalizados durante, al menos, 90 días consecutivos y deseen regresar a un entorno comunitario y permanecer allí de manera segura. El programa de CCT financia servicios de coordinación de transición durante el periodo anterior a la transición y durante 365 días después de la transición para ayudar a los beneficiarios con el regreso a un entorno comunitario.

Usted puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que atienda en el condado en el que usted vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y los condados en los que prestan servicios en el sitio web del Department of Health Care Services en www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT:

Medi-Cal pagará los servicios de coordinación de transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios que no están relacionados con su transición de CCT:

El proveedor le facturará a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan por sus servicios. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará por los servicios proporcionados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras esté recibiendo servicios de coordinación de transición de CCT, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan pagará por los servicios que están incluidos en la Tabla de beneficios en la sección D de este capítulo.

Ningún cambio en el beneficio de cobertura de medicamentos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

El programa de CCT no cubre medicamentos. Usted continuará recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Para obtener más información, consulte el capítulo 5.

Nota: Si usted necesita atención de transición que no sea de CCT, debe llamar a su administrador de casos para hacer los arreglos para los servicios. La atención de transición que no sea de CCT es la atención que no está relacionada con su transición desde una institución o un centro.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



E2. Medi-Cal Dental Program

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Medi-Cal Dental Program; por ejemplo, servicios como:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- Restauraciones y coronas
- Tratamiento de conducto
- Ajustes, reparaciones y reposición de fundas de dentaduras postizas

Los beneficios dentales están disponibles en el Medi-Cal Dental Program bajo la modalidad de pago por servicio. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Medi-Cal Dental Program, comuníquese con la línea de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Medi-Cal Dental Services Program están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web en dental.dhcs.ca.gov/ para obtener más información.

Además del Medi-Cal Dental Program con modalidad de pago por servicio, es posible que reciba beneficios dentales a través de un plan odontológico de cuidado administrado. Los planes odontológicos de cuidado administrado están disponibles en el condado de Los Angeles. Si desea obtener más información sobre planes dentales, necesita asistencia para identificar su plan dental o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. La llamada es gratuita.

E3. Cuidado para enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de un hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro de la red o fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios en la sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan paga mientras usted recibe servicios de cuidado para enfermos terminales.

Para los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que se relacionan con su pronóstico terminal:

- El proveedor del hospicio le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios para enfermos terminales que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que no estén relacionados con su pronóstico terminal (excepto la atención de emergencia o la atención necesaria de forma urgente):

- El proveedor le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

- Los medicamentos nunca son cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el capítulo 5.

Nota: Si usted necesita atención que no sea para enfermos terminales, debe llamar a su administrador de casos para hacer los arreglos para los servicios. La atención que no se brinda en un hospicio es la que no está relacionada con su diagnóstico terminal.

E4. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

IHSS es un programa que le permite seleccionar su proveedor cuidado de la salud en el hogar si usted no puede permanecer con seguridad en su hogar sin asistencia. Los servicios IHSS pueden incluir, entre otros, los siguientes: limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, cuidado personal, acompañamiento a las citas médicas y otros servicios. Para calificar para los IHSS, debe ser mayor de 65 años o estar ciego o discapacitado. En la mayoría de los casos, usted también debe tener ingresos por debajo del nivel para el Supplemental Security Income/State Supplementary Program o cumplir con todos los requisitos de elegibilidad de ingresos de Medi-Cal.

Para obtener más información acerca de IHSS, llame al 1-408-792-1600, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

F. Beneficios no cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección, se describen los tipos de beneficios que excluye el plan. El término excluir significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagarán por ellos.

La lista detallada abajo describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia, y algunos otros que excluimos solo en determinados casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (o en alguna otra parte de este *Manual del miembro*), salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Si considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, los siguientes servicios y artículos no están cubiertos por nuestro plan:

- Servicios que no se consideren “razonables ni médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y Medi-Cal, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos quirúrgicos y médicos, y artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Personal de enfermería particular.
- Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluidos bajar de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvjecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagaremos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna, acorde a las pautas de cobertura.
- Cuidado rutinario de los pies, salvo según se describe en los servicios de podología, en la Tabla de beneficios, en la sección D.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y se incluyan en el costo del dispositivo, o que los zapatos sean para una persona que padece pie diabético.



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión escasa.
- Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Veterans Affairs (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y la distribución de costos del VA es superior a la distribución de costos en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus montos de distribución de costos.



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo detalla las normas para obtener sus medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medi-Cal. En el capítulo 6, se le informa cuánto paga usted por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y los medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para conocer más acerca de qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

Normas de la cobertura para medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las normas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe prescribir su receta. Esta persona, a menudo, es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor, en el caso de que su proveedor de atención primaria lo haya remitido para su atención.
2. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta.
3. Su medicamento recetado debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, podemos cubrirlo haciendo una excepción.
 - Consulte el capítulo 9 para informarse sobre cómo solicitar una excepción.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



4. Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias. Una *indicación médicamente aceptada* se refiere al diagnóstico o a la afección por la cual se receta un medicamento, no a la dosis recetada para dicha indicación. El medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico que respalde el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión, o para mejorar la función del cuerpo (excepto las vacunas de la Parte D, que pueden utilizarse para la prevención de una afección).

Índice

A. Cómo abastecer sus recetas.....	122
A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red.....	122
A2. Uso de su tarjeta de identificación del miembro cuando abastece una receta.....	122
A3. Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red.....	122
A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red.....	122
A5. Uso de una farmacia especializada.....	123
A6. Utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos.....	123
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	126
A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan.....	126
A9. Reembolso si usted paga un medicamento recetado.....	126
B. La Lista de medicamentos del plan.....	127
B1. Medicamentos de la lista de medicamentos.....	127
B2. Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	127
B3. Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos.....	127
B4. Niveles de distribución de costos de la Lista de medicamentos.....	128
C. Límites para algunos medicamentos.....	129
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....	131
D1. Un suministro temporal.....	131

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 133
- F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 136
 - F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su hospitalización 136
 - F2. Si se encuentra en un establecimiento de atención a largo plazo 136
 - F3. Si se encuentra en un programa de un hospicio certificado por Medicare 136
- G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 137
 - G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 137
 - G2. Programas que ayudan a los miembros a administrar sus medicamentos 137
 - G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides..... 138



A. Cómo abastecer sus recetas

A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagaremos los medicamentos recetados **solo** si se surten las recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios para Miembros.

A2. Uso de su tarjeta de identificación del miembro cuando abastece una receta

Para surtir una receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagarle a la farmacia un copago cuando recoja su receta.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro en el momento de surtir la receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Puede entonces pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con Servicios para Miembros de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos, consulte el capítulo 7.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento recetado, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros.

A3. Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita reabastecer una receta, puede solicitar una nueva receta indicada por un proveedor o solicitar a su farmacia que transfiera la receta a una nueva farmacia, si aún tiene reabastecimientos pendientes.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros.

A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A5. Uso de una farmacia especializada

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención de largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa médico para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que requieren manipulación e instrucciones especiales sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios para Miembros.

A6. Utilizar servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de venta por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de venta por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de venta por correo en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 93 días. Un suministro de 93 días tiene el mismo copago que uno de un mes.

Cómo surtir mis recetas por correo

Para obtener los formularios de pedido e información sobre el surtido de sus recetas por correo, comuníquese con Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-370-7466 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. O bien, llame al programa de Entrega en el Hogar de IngenioRx, al 1-833-203-1738 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Por lo general, un medicamento recetado de pedido por correo le llegará en un plazo de 14 días. Si su receta pedida por correo se retrasa por algún motivo, usted aún puede obtener su medicamento en la farmacia local de la red. Debe asegurarse de que tiene un suministro de medicamentos disponible a mano al usar servicios de farmacia de pedido por correo para reabastecerlos. En caso de que tenga un retraso o una necesidad urgente de un medicamento, puede estar disponible una receta de 31 días en una farmacia minorista para evitar quedarse sin medicamentos. Llame a Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-370-7466 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Procesos del pedido por correo

El servicio de venta por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que obtiene de usted, las nuevas recetas que obtiene directamente de la consulta del proveedor y los resurtidos de recetas de venta por correo:

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de su parte

La farmacia obtendrá y entregará automáticamente los medicamentos correspondientes a las nuevas recetas que reciba de su parte.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor

La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted si:

- Usó los servicios de pedido por correo con este plan anteriormente, o
- Usted se inscribió para el envío automático de todas las recetas nuevas que recibe directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento. Para ello, comuníquese con el programa de Entrega en el Hogar de IngenioRx al 1-833-203-1738 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si recibe de forma automática una receta por correo que usted no desea y no se pusieron en contacto con usted para saber si la quería antes de que se la enviaran, usted puede ser elegible para un reembolso.

Si usted usó el servicio de pedido por correo anteriormente y no quiere que la farmacia surta y envíe de forma automática cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando al programa de en el Hogar de IngenioRx al 1-833-203-1738 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si nunca ha utilizado nuestra entrega de pedidos por correo y/o decide suspender la reposición automática de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidados médicos para ver si desea que el medicamento se abastezca y envíe de inmediato.

- Esto le dará a usted una oportunidad para asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la forma) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y envíen.
- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta, para evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir entregas automáticas de nuevos medicamentos recetados directamente del consultorio de su proveedor de cuidados médicos, comuníquese con nosotros llamando al programa de en el Hogar de IngenioRx al 1-833-203-1738 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

3. Resurtido de recetas para pedido por correo

Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está por quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento. También puede cancelar los resurtidos si ya cuenta con el medicamento necesario o si su medicamento ha cambiado.
- Si decide no usar el programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 30 días antes de que crea que los medicamentos que tiene disponibles se le terminarán, para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en el programa que prepara de forma automática reposiciones de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando al programa de en el Hogar de IngenioRx al 1-833-203-1738 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, para informar esta preferencia. La llamada es gratuita.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con el programa de en el Hogar de IngenioRx al 1-833-203-1738 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, para informarle sus preferencias de comunicación. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 93 días tiene el mismo copago que uno de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias le pueden dar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para Miembros.

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para informarse sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicios donde puede abastecer sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos recetados que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de distancias razonables en auto que proporcione servicio de 24 horas
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no es almacenado regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo, accesible y de la red (incluso medicamentos de alto costo y únicos)
- Si debe recibir una vacuna que es médicamente necesaria, pero que no está cubierta por Medicare Parte B

En estos casos, primero, consulte con Servicios para Miembros para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca.

A9. Reembolso si usted paga un medicamento recetado

Si usted debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total en lugar de pagar un copago cuando obtenga la receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Para conocer más acerca de esto, consulte el capítulo 7.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



B. La Lista de medicamentos del plan

Contamos con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

Nosotros, junto con un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionamos los medicamentos de la Lista de medicamentos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las reglas aquí detalladas.

B1. Medicamentos de la lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos y productos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos tanto de marca como genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y actúan con la misma eficacia. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

B2. Cómo puede encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en duals.anthem.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están incluidos en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Se los llama **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9.)

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de Medi-Cal y de la Parte D) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan de forma gratuita, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa afección. Esto se denomina “uso no aprobado o fuera de lo indicado”. Normalmente, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para uso fuera de lo indicado.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertos por Medicare ni Medi-Cal.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que elabora el medicamento afirma que debe realizarse análisis o servicios que solo ellos realizan

B4. Niveles de distribución de costos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de cuatro (4) niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que, por lo general, son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o sin receta [OTC]). En general, cuanto mayor sea el nivel de distribución de costos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D. El copago es \$0.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D. El copago es de \$0 a \$9.85 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Medi-Cal (Estado). El copago es \$0.
- Los medicamentos del nivel 4 son medicamentos de venta libre aprobados por Medi-Cal (Estado) que requieren una receta de su proveedor. El copago es \$0.

Para saber en qué nivel de distribución de costos está su medicamento, búsquelo en nuestra Lista de medicamentos.

En el capítulo 6, se indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que sea eficaz para su afección médica, además de seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay alguna norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

Para conocer más sobre la solicitud de excepciones, consulte el capítulo 9.

1. Cómo limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que uno de marca, pero usualmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que un medicamento genérico no funcionará para usted o ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- El copago que le corresponda pagar a usted puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de surtir su receta. Si no obtiene aprobación, es posible que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra el medicamento.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de bajo costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de cubrir los medicamentos que son más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos requerir que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se conoce como “límite de cantidad”. Por ejemplo, podríamos limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que necesite abastecer su receta.

Para saber si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web duals.anthem.com.



D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Nuestra intención es que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces, es posible que un medicamento no esté cubierto como usted desearía. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por nuestro plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. Tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar la seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o límites especiales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la sección anterior, para algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan, se aplican normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que receta quieran solicitarnos una excepción a la norma.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que desearía que estuviera.

D1. Un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el mismo no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté limitado de alguna forma. Esto le da tiempo para que hable con su proveedor sobre la posibilidad de recurrir a un medicamento diferente o de solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las siguientes dos normas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la Lista de medicamentos, ○
 - nunca estuvo en la Lista de medicamentos, ○
 - ahora está limitado en alguna forma.
2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:
 - Usted estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Este suministro temporal será por hasta 31 días.
- Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que la reposición de varias recetas hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será por hasta 31 días.
 - Si su receta fue emitida por menos días, permitiremos que la reposición de varias recetas hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en el plan más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro por 34 días o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.
 - Cubriremos un suministro temporal si usted ha estado en el plan durante más de 90 días y experimenta un cambio en su nivel de atención que requiere que haga la transición de un centro médico o centro de tratamiento a otro. Por ejemplo, digamos que fue dado de alta del hospital y le dieron una lista de medicamentos de alta basada en la lista de medicamentos del hospital. Puede recibir un surtido del medicamento por única vez. Pida a su profesional que receta que nos llame para indicarnos los detalles.
 - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar de medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Puede haber otro medicamento que cubra nuestro plan y funcione para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar para usted.

O BIEN

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que realicemos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

Para conocer más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras normas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir solicitar o no la aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es la autorización de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de poder recibir un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada en relación con un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la sección C más arriba en este capítulo.

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- aparezca en el mercado un medicamento nuevo más barato que actúe de la misma forma que uno de la Lista de medicamentos, o
- descubramos que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento sea retirado del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos, usted siempre puede:

- Consulte la Lista de medicamentos actualizada en línea, en duals.anthem.com o
- Llame a Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-370-7466 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana, para consultar la Lista de medicamentos vigente. La llamada es gratuita.

Algunos cambios a la Lista de medicamentos sucederán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Está disponible un medicamento genérico nuevo.** A veces, aparece en el mercado un medicamento genérico nuevo que actúa de la misma forma que un medicamento de marca de la Lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento se mantendrá igual.

Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar sus normas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado.
 - Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber. Su proveedor también se enterará de este cambio. Puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le comunicaremos con anticipación estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Sustituimos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos **o**
 - Cambiamos las normas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.
- Agregamos un medicamento genérico **y**
 - Sustituimos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos **o**
 - Cambiamos las normas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si se producen estos cambios, nosotros:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la Lista de medicamentos **o**
- Le informaremos y le daremos un suministro de 31 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para que hable con su médico u otro profesional que receta. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar **o**
- Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para conocer más sobre la solicitud de excepciones, consulte el capítulo 9.

Es posible que implementemos otros cambios en los medicamentos que toma que no lo afecten en este momento. Para esos cambios, si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, o aumentamos lo que usted paga por dicho medicamento, entonces el cambio no afectará su uso del medicamento ni lo que usted paga por él para el resto del año.



F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su hospitalización

Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura.

Para conocer más sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el capítulo 6.

F2. Si se encuentra en un establecimiento de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuenta con su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos los residentes. Si usted está viviendo en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados por medio de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. Si se encuentra en un programa de un hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico no cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación del profesional que receta o de su proveedor de cuidado para enfermos terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras para recibir un medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados para enfermos terminales o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que abastezca su receta.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si abandona el hospicio, nuestro plan debe cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar que ya no se encuentre en el hospicio. Consulte las partes anteriores de este capítulo donde se definen las normas para obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Para conocer más acerca del beneficio de hospicio, consulte el capítulo 4.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en el medicamento o medicamentos que:

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Pueden no ser seguros debido a su edad o sexo
- Podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- Tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema con respecto a cómo usa los medicamentos recetados, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas que ayudan a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas y/o si se encuentra en un Programa de administración de medicamentos que le ayuda a tomar sus medicamentos opioides de manera segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM). Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de atención médica llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos y hablará con usted sobre los siguientes temas:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que pueda tener, como costos de los medicamentos y reacciones a los medicamentos

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- La mejor manera de tomar los medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su receta y los medicamentos sin receta

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen comprende un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo los medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, recibirá información sobre el desecho seguro de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de salud. También lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Estos programas de administración de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se suelen consumir de manera inapropiada. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si recientemente ha sufrido una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su consumo de medicamentos opioides o con benzodiazepinas, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos **de ciertas farmacias y/o de ciertos médicos**
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que cubriremos para usted

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si consideramos que una o más de las limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. Esta carta explicará las limitaciones que consideramos que se deben aplicar.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier información que considere que es importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de haberle brindado la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta en la que se confirmen las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, si no está de acuerdo con que está en riesgo por el consumo excesivo de medicamentos con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y emitiremos nuestra decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso de manera automática a una Entidad de revisión independiente (IRE). (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre la IRE, consulte el capítulo 9.)

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme,
- está recibiendo cuidados paliativos o para enfermos terminales, o
- vive en un establecimiento de atención a largo plazo.



Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- Medicamentos recetados de Medicare Parte D, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, recibe Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para cubrir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Ayuda Extra (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra (Extra Help) también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La denominamos la “Lista de medicamentos”. Allí se informa lo siguiente:
 - Qué medicamentos pagamos
 - En cuál de los cuatro (4) niveles de distribución de costos se encuentra cada medicamento
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener la Lista de medicamentos en nuestro sitio web duals.anthem.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- El capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
 - En el capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las normas que debe cumplir. También detalla qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el capítulo 5.

Índice

A. <i>Explicación de beneficios (EOB)</i>	143
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	143
C. Etapas de pago de un medicamento para los medicamentos de Medicare Parte D.....	145
D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial	145
D1. Sus opciones de farmacia	146
D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	146
D3. Lo que usted paga.....	146
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial	148
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en caso de catástrofe	148
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes	149
G. Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.....	150
G1. Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA (ADAP)	150
G2. Qué debe hacer si no está inscrito en el ADAP	150

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G3. Qué debe hacer si ya está inscrito en el ADAP..... 150

H. Vacunas 150

H1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna..... 150

H2. Qué es lo que paga por una vacunación de Medicare Parte D 151



A. Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos recetados. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted paga, u otra persona en su nombre, por sus medicamentos recetados.
- Los **costos totales de los medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted paga, u otra persona en su nombre, por sus medicamentos recetados, más el monto que pagamos nosotros.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de Beneficios*. Nosotros la denominamos EOB, para abreviar. En la EOB, encontrará más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes**. En el resumen, se indica qué medicamentos recetados recibió. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Información sobre el “Acumulado anual”**. Incluye sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1.º de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y la variación porcentual del precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Hable con el médico que le receta los medicamentos para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta en el total de sus gastos de bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos sin receta. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



1. Use su tarjeta de identificación del miembro.

Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que obtenga un medicamento recetado. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados obtiene y lo que usted paga por ellos.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos las copias de los recibos de los medicamentos que ha pagado. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento.

A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe brindarnos las copias de sus recibos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando usted paga un copago por los medicamentos que recibe de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto

Si desea obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el capítulo 7.

3. Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Cuando llega a la etapa de cobertura catastrófica, Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que el informe no es correcto o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar las EOB. Constituyen un registro importante sobre sus gastos de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



C. Etapas de pago de un medicamento para los medicamentos de Medicare Parte D

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D en virtud de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un surtido o resurtido de un medicamento recetado. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura en caso de catástrofe
<p>Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama "copago".</p> <p>Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2022.</p> <p>Comienza esta etapa cuando ha pagado cierto monto de sus gastos de bolsillo.</p>

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama "copago". El copago depende del nivel de distribución de costos en que se encuentre el medicamento y dónde lo obtuvo.

Los niveles de distribución de costos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cuatro (4) niveles de distribución de costos. En general, mientras mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de distribución de costos correspondientes a sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D. El copago es \$0.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D. El copago es de \$0 a \$9.85 en función de sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Medi-Cal (Estado). Tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del nivel 4 son medicamentos de venta libre aprobados por Medi-Cal (Estado) que requieren una receta de su proveedor. Tienen un copago de \$0 con una receta de su proveedor.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D1. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- Una farmacia de la red, o
- Una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el capítulo 5 para saber en qué caso lo hacemos.

Para conocer más acerca de estas opciones de farmacia, consulte el capítulo 5 de este manual y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 93 días. Cuesta lo mismo que el suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que deba pagar un copago cada vez que obtenga un medicamento recetado. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio inferior.

Puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para saber cuánto es el copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo al recibir un suministro de un medicamento recetado cubierto para un mes o a largo plazo de:



	Una farmacia de la red	El servicio de venta por correo del plan	Una farmacia de la red para atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o 93 días como máximo	Un suministro para un mes o 93 días como máximo	Un suministro para 34 días como máximo.	Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el capítulo 5 para obtener información detallada.
Nivel de distribución de costos 1 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D)	\$0	\$0	\$0	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.
Nivel de distribución de costos 2 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95 Medicamentos de marca: \$0/\$4/\$9.85 (según su nivel de Ayuda Extra [Extra Help])	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95 Medicamentos de marca: \$0/\$4/\$9.85 (según su nivel de Ayuda Extra [Extra Help])	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.35/\$3.95 Medicamentos de marca: \$0/\$4/\$9.85 (según su nivel de Ayuda Extra [Extra Help])	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.
Nivel de distribución de costos 3 (Medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Medi-Cal [Estado])	\$0 (hasta 31 días)	No disponible para medicamentos de este nivel	\$0 (hasta 34 días)	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de venta por correo del plan	Una farmacia de la red para atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o 93 días como máximo	Un suministro para un mes o 93 días como máximo	Un suministro para 34 días como máximo.	Un suministro para 10 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el capítulo 5 para obtener información detallada.
Nivel de distribución de costos 4 (Medicamentos de venta libre [OTC] aprobados por Medi-Cal [Estado] que requieren una receta de su proveedor)	\$0 (hasta 31 días)	No disponible para medicamentos de este nivel	\$0 (hasta 34 días)	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden darle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial termina cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan los \$7,050. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Cubrimos todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Los informes de la EOB lo ayudarán a llevar un registro de lo que usted ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$7,050. Muchas personas no llegan al límite en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura en caso de catástrofe

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$7,050 por sus medicamentos recetados, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes.

- Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

Si obtiene una cantidad de medicamento menor al suministro para un mes, el monto que usted paga dependerá de la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de distribución de costos”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

- Este es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menor de \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será menor de \$.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$0.35.
- La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo de un medicamento, si esto le ayudará con lo siguiente:
 - planificar mejor cuando tenga que repetir el abastecimiento de medicamentos,
 - coordinar las reposiciones con otros medicamentos que toma, **y**
 - no tener que ir tantas veces a la farmacia.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G. Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA

G1. Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA (ADAP)

El Programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del California Department of Public Health, Office of AIDS para personas inscritas en el ADAP.

G2. Qué debe hacer si no está inscrito en el ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o consulte el sitio web del ADAP: www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Qué debe hacer si ya está inscrito en el ADAP

El programa ADAP puede continuar brindando a sus clientes la asistencia del costo compartido para medicamentos recetados de Medicare Parte D para los medicamentos que figuran en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de Medicare Parte D. Si necesita asistencia para encontrar el sitio de inscripción y/o al encargado de inscripciones del ADAP más cercanos, llame al 1-844-421-7050 o consulte el sitio web que aparece arriba.

H. Vacunas

Cubrimos las vacunas de Medicare Parte D. Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunación de Medicare Parte D:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, es posible que, algunas veces, su médico le administre la vacuna.

H1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para Miembros cuando esté planeando una vacunación.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos usando proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Un proveedor dentro de la red debe trabajar con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para garantizar que usted no tenga costos iniciales para una vacuna de la Parte D.

H2. Qué es lo que paga por una vacunación de Medicare Parte D

El monto que usted paga por una vacunación depende del tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas se cubren sin costo alguno para usted. Para conocer acerca de la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de beneficios en el capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de Medicare Parte D.

A continuación, le indicamos tres formas comunes en que puede recibir una vacunación de Medicare Parte D.

1. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red y le administran la inyección en la farmacia.
 - No deberá pagar o abonará un copago por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, quien le administra la inyección.
 - No deberá pagar nada; o bien, deberá pagarle un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la administración de la inyección.
 - En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan de modo que podamos asegurarnos de que ellos sepan que usted no tiene que pagar nada o que solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Usted compra la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le administre la inyección.
 - No deberá pagar o abonará un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el costo de la administración de la inyección.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitarnos el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo puede solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos	153
B. Cómo enviar una solicitud de pago	155
C. Decisiones sobre la cobertura.....	156
D. Apelaciones.....	157



A. Cómo puede solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturarle directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya recibió. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 155.

- Si los medicamentos o servicios están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó un monto mayor al de su parte del costo, tiene derecho a que le reembolsen el pago.
- Si los medicamentos o servicios **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o su administrador de casos si tiene alguna pregunta. Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o necesaria de forma urgente brindada por un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto completo al momento de recibir la atención médica, debe pedirnos que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado el servicio, le haremos el reembolso a usted.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



2. Cuando un proveedor dentro de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Una facturación inadecuada/inapropiada es una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted más que el monto de la distribución de costos del plan por los servicios. **Llame a Servicios para Miembros si usted recibe alguna factura.**

- Debido a que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan paga el costo completo de sus servicios, usted no es responsable del pago de ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor dentro de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya ha pagado una factura de un proveedor dentro de la red, envíenos la factura junto con pruebas de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos sus servicios cubiertos.

3. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

- Solo en algunos casos, cubriremos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el capítulo 5 para conocer más acerca de las farmacias fuera de la red.

4. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva con usted su tarjeta de identificación del miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción del plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no tiene cobertura.

- El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o no pensaba que se aplicaría a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero considera que debe estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el capítulo 9).
 - Si usted, su médico o el médico que le receta los medicamentos consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el capítulo 9).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, podemos necesitar obtener más información de su médico o profesional que receta con el fin de reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe ser cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión.

Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.**

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Para reclamaciones de la Parte C

CareMore Health

P.O. Box 366

Artesia, CA 90702-0366

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Para reclamaciones de la Parte D

IngenioRx

ATTN: Claims Department - Part D Services

P.O. Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

También puede llamarnos para solicitar pago. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones sobre la cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o medicamento está cubierto por nuestro plan. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos información adicional de usted.
- Si decidimos que la atención médica o medicamento está cubierto y usted siguió las normas para recibir el cuidado o medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el capítulo 3, se explican las normas para obtener la cobertura de sus servicios. En el capítulo 5, se explican las normas para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que se le explicará la razón. La carta también detallará sus derechos para presentar una apelación.
- Para conocer más acerca de las decisiones de cobertura, consulte el capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que debe pagar.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer más acerca de las apelaciones, consulte el capítulo 9.

- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la página 189.
- Si quiere presentar una apelación para recibir un reembolso por un medicamento, consulte la página 209.



Capítulo 8: Sus derechos y obligaciones

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y obligaciones como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Your right to get information in a way that meets your needs	159
B. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	162
C. Nuestra responsabilidad es proteger su información personal de salud (PHI)	163
C1. Cómo protegemos su PHI	163
C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.....	164
D. Nuestra responsabilidad es proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos	170
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente.....	171
F. Su derecho a abandonar nuestro Cal MediConnect Plan.....	171
G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica	171
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica	171
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo	172
G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones	173
H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.....	174
H1. Qué debe hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o desea obtener más información sobre sus derechos	174
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	175

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A. Your right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can call Member Services and ask to have materials sent to you in Spanish, Chinese, Vietnamese and Tagalog.
- You can get this document for free in other languages and formats, such as large print, braille or audio. Call Member Services at the number listed on the bottom of this page. When calling, let us know if you want this to be a standing order. That means we will send the same documents in your requested format and language every year. You can also call us to change or cancel a standing order. You can also find your documents online at duals.anthem.com.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can make a complaint about Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan to the Cal MediConnect Ombuds program by calling 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicios para los miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir que le envíen los materiales en español, chino, armenio, coreano, ruso, vietnamita, farsi, tagalo, khmer o árabe.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para los miembros al número que está en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si su pedido es regular. Eso quiere decir que le enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. También puede encontrar los documentos en línea, en duals.anthem.com.

Si tiene dificultades para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede hacer un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ante el Cal MediConnect Ombuds Program llamando al 1-855-501-3077 (TTY 711).

以滿足您需求的方式獲得資訊的權利

我們必須以您能夠了解的方式告知您本計劃的福利以及您的權利。在您加入本計劃期間，我們必須每年均將您的權利告知您。

- 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有精通不同語言的人員可以為您解答疑問。
- 本計劃也給予您英語以外的語言和大型字體印刷、點字或音訊格式的資料。您可致電會員服務部，要求向您傳送採用西班牙文、中文、亞美尼亞文、韓文、俄文、越南文、波斯文、菲律賓文、高棉文或阿拉伯文的材料。
- 您可以免費取得此檔案的其他語言和格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。致電會員服務部，電話號碼見本頁面底部。致電時，如果您希望這是一個長期訂單，請告訴我們。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言傳送相同的文件。您也可以致電我們變更或取消長期訂單。您也可以從 duals.anthem.com 在線上尋找您的文件。

如果您因語言問題或殘疾原因難以獲得本計劃的資訊並希望提出投訴，請致電 Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可每週 7 天，每天 24 小時撥打該電話。

TTY 人士可致電 1-877-486-2048。您可就 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 向 Cal MediConnect Ombuds Program 提出投訴，電話號碼為 1-855-501-3077 (TTY: 711)。

Quyền được cung cấp thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Chương trình của chúng tôi bao gồm những người có thể trả lời thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh ở các dạng thức như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc âm thanh. Quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên và yêu cầu gửi các tài liệu cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Armenia, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Việt, tiếng Ba Tư, tiếng Tagalog, tiếng Khmer hay tiếng Ả-rập.
- Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các ngôn ngữ và dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille, hoặc âm thanh. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn đây là yêu cầu lâu dài. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ gửi các tài liệu tương tự theo định dạng và ngôn ngữ yêu cầu hàng năm. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để thay đổi hoặc hủy bỏ yêu cầu lâu dài. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại duals.anthem.com.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do bất đồng ngôn ngữ hay khuyết tật và quý vị muốn khiếu nại, xin gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi đến vào 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Cal MediConnect Ombuds Program bằng cách gọi 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Ang iyong karapatan na makakuha ng impormasyon sa paraang nakatutugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plan at ang iyong mga karapatan sa paraan na mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na ikaw ay nasa aming plan.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Member Services. Ang aming plan ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plan ng mga babasahin sa mga wika bukod sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa Member Services at hingin na ipadala sa iyo ang mga babasahin sa Spanish, Chinese, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer o Arabic.
- Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ilalim ng pahinang ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



mong ito ay maging regular na order. Nangangahulugan iyon na ipadadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari ka ring tumawag sa amin upang baguhin o kanselahin ang regular na order. Makikita mo rin ang iyong mga dokumento online sa duals.anthem.com.

Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at nais mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Makakatawag ka 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kang magreklamo tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Cal MediConnect Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077 (TTY: 711).

B. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede obtener más información sobre los tipos de proveedores que pueden ser PCP y sobre cómo elegir a un PCP en el capítulo 3.
 - Llame a los Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para consultar a un profesional que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
 - Si no puede recibir servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir atención o servicios de emergencia que necesite de manera urgente sin una aprobación previa.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse sobre los proveedores fuera de la red, consulte el capítulo 3.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene derecho a mantener sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio hasta 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para conocer más acerca de cómo mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el capítulo 1.
- Tiene derecho a autodirigir su atención médica con ayuda de su equipo médico y el administrador de casos.

En el capítulo 9, se describe lo que puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el capítulo 9, también se describe lo que puede hacer si le hemos denegado la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad es proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le enviamos una notificación escrita, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica también cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.

En la mayoría de los casos, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinda atención médica ni paga los costos de su atención. Si lo hacemos, debemos obtener un permiso por escrito de su parte primero. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- Debemos divulgar PHI si un tribunal lo solicita.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o para otros usos, se hará de conformidad con las leyes federales. Si Medi-Cal divulga su información con fines de investigación o para otros usos, se hará de conformidad con las leyes federales y estatales.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias de sus expedientes médicos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidados médicos para decidir si los cambios deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su PHI con otras personas y la manera en que se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a los Servicios para Miembros.

Pueden hacerse modificaciones a este Aviso. Para asegurarse de que está consultando la versión más reciente, puede solicitar la versión actual a Servicios para Miembros (el número de teléfono está impreso en la parte inferior de esta página) o visitar nuestro sitio web duals.anthem.com.

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

La fecha de entrada en vigencia original de esta notificación fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en marzo de 2021.

Lea este aviso detenidamente. Aquí se le indicará quién puede ver su información de salud protegida (PHI). Cuándo tenemos que pedirle su autorización antes de compartirla. Cuándo podemos compartirla sin su consentimiento. Y también, qué derechos tiene usted para ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley establece que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medi-Cal y los Centers for Medicare & Medicaid Services después de que sea elegible y se inscriba en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para que podamos aprobar y pagar su atención médica.

La legislación federal dice que debemos informarle lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos brinda, por escrito o almacenada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la protegemos. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física):
 - Mantenemos bajo llave nuestras oficinas y nuestros archivos

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Destruimos el papel con información de salud para que nadie acceda a ella
- Almacenada en una computadora (llamada técnica):
 - Usamos contraseñas de forma que solo las personas autorizadas puedan acceder
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Usada o compartida por el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el Estado:
 - Implementamos normas para mantener la información segura (llamadas “políticas y procedimientos”)
 - Enseñamos a las personas que trabajan con nosotros a seguir las normas

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su atención de la salud o lo pague, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla sin su consentimiento:

- **Para su atención médica**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros le brinden la atención que necesita
- **Para pagos, tratamientos y operaciones de atención médica**
 - Para compartir la información con los médicos, las clínicas y otros que nos facturen por su atención
 - Cuando decimos que pagaremos la atención médica o los servicios antes de que los reciba
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, y para apoyarlo y ayudarlo a obtener los servicios y beneficios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos proporcionarla para intercambios de información de salud para pagos, tratamientos y operaciones de atención médica. Si no quiere que proporcionemos su información, visite anthem.com/ca/privacy para obtener más información.
- **Por razones relacionadas con la industria de la atención médica**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a impedir que las personas se enfermen o lastimen
- **Con otras personas que ayuden con su cuidado o lo paguen**
 - Con su familia o una persona que usted elija que le ayude con su cuidado de la salud o lo pague, si usted nos autoriza
 - Con una persona que lo ayude con su atención médica o la pague, si usted no puede expresarse por sí mismo y si es lo mejor para usted

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su atención médica, pagos, actividades diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que obtener su consentimiento por escrito antes de compartir información de psicoterapia sobre usted obtenida de su médico.

Usted debe informarnos por escrito que quiere revocar su consentimiento por escrito. No podemos recuperar la información ya usada o divulgada cuando obtuvimos su consentimiento. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI, o en que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a la policía y demás personas que garanticen el cumplimiento de la ley
- Para reportar abuso y descuido
- Para colaborar con los tribunales cuando se solicite
- Para responder ante documentos legales
- Para dar información a los organismos de supervisión sanitaria por temas como auditorías o exámenes
- Para informar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios su nombre y la causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido donar sus órganos a la ciencia
- Para investigación
- Para evitar que usted u otros se enfermen o lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que cumplen determinadas funciones en el gobierno

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, es nuestra obligación informarle. No obstante, no tenemos su registro médico completo. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídasela a su médico o clínica médica.**
- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, es nuestra obligación informarle.
- A veces, nos puede pedir que no divulguemos su PHI. Pero no estamos obligados a dar lugar a su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos para usted o de alguna otra forma. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos de todas las veces que hemos divulgado su PHI a otra persona en los últimos seis años. Esto no abarcará las veces que la hayamos compartido debido a atención médica, pago, actividades diarias de atención médica o algunas otras razones que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, es nuestra obligación informarle.
- Puede pedir una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, aunque lo haga por correo electrónico.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si usted paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos informarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarle su PHI a alguna otra dirección o enviarla por otro medio diferente del correo regular si usted lo pide por motivos razonables; por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen que tenemos que hacer más de lo aquí señalado, obedeceremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Podemos ponernos en contacto con usted

Nosotros, junto con nuestros socios y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras normas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785**. Si usted es sordo o tiene dificultades auditivas, llame a TTY: **711**.

¿Qué debe hacer si tiene un reclamo?

Estamos aquí para ayudarlo. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Department of Health and Human Services. Nada malo le pasará si presenta un reclamo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Escriba o llame al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-415-437-8329

o

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services (DHCS)
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
Correo electrónico: privacyofficer@dhcs.ca.gov
Teléfono: 1-916-445-4646
Fax: 1-916-440-7680

o

Information Security Officer
DHCS Information Security Office
P.O. Box 997413, MS 6400
Sacramento, CA 95899-7413
Correo electrónico: iso@dhcs.ca.gov
Teléfono: Servicio de ayuda de ITSD
1-916-440-7000 o 1-800-579-0874
Fax: 1-916-440-5537

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y la forma en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos acerca de los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web anthem.com/ca/privacy.

Raza, etnia e idioma

Recibimos información sobre su raza, etnia e idioma de la agencia estatal de Medi-Cal y los Centers for Medicare & Medicaid Services. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita
- Crear programas para mejorar los resultados de salud
- Desarrollar y enviar información sobre educación de salud
- Informar a los médicos sobre sus necesidades en cuanto al idioma
- Proporcionar servicios de traducción

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir un seguro médico
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar los beneficios
- Compartirla con usuarios no autorizados

Su información personal

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en esta notificación. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud
 - Hábitos
 - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan es un plan médico que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Revisado en marzo de 2021.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D. Nuestra responsabilidad es proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, tiene derecho a obtener información de nosotros. Si no habla español, tenemos un servicio de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan médico. Para obtener servicios de un intérprete, llámenos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**). Este es un servicio gratuito para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir que esta información le sea enviada en español, vietnamita, tagalo o chino. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Llame a los Servicios para Miembros si desea información sobre lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, incluso:
 - Información financiera
 - Cómo nos han calificado otros miembros del plan
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
 - Cómo se puede dejar el plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluso:
 - Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - Las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos y normas que usted debe cumplir, incluso:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites de su cobertura y medicamentos
 - Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, incluso solicitarnos:
 - Que le expliquemos por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto
 - Que cambiemos una decisión que tomamos
 - Que paguemos una factura que usted recibió

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerlo pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si les pagamos menos de lo que el proveedor cobró. Para saber qué hacer si un proveedor dentro de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el capítulo 7.

F. Su derecho a abandonar nuestro Cal MediConnect Plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.
- Puede recibir sus beneficios para medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios para medicamentos recetados.
- Sus beneficios de Medi-Cal se continuarán ofreciendo a través de Anthem Blue Cross a menos que usted elija un plan distinto disponible en este condado.

G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando recibe atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los posibles riesgos. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir su tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no será dado de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Solicitarnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor negó la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que no suele tener cobertura.** Esto se denomina " decisión de cobertura ". En el capítulo 9, se indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que esto suceda, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario para **entregarle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Brindar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que lleven adelante su atención médica si ya no puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y un poder legal para la atención médica.

No tiene obligación de dar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que proporcionan información sobre Medicare o Medi-Cal, como el Department of Social Services local, también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- **Entregue copias a las personas que necesitan saberlo.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Quizás desee también darles copias a amigos o familiares cercanos. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo lleva consigo.
 - Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es usted quien decide si quiere completar una directiva anticipada o no.

G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar un reclamo ante:

Reclamo contra un médico:

Medical Board of California
Central Complaint Unit
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815
Línea gratuita: 1-800-633-2322 (TTY: 711)

Reclamo contra un hospital:

California Department of Public Health
Consumer Information System
San Jose District Office
100 Paseo de San Antonio, Suite 235
San Jose, CA 95113
Línea gratuita: 1-800-554-0348 (TTY: 711)
Fax: 1-408-277-1032

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

En el capítulo 9, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

H1. Qué debe hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o desea obtener más información sobre sus derechos

Si siente que ha sido tratado de manera injusta, pero que **no** lo han discriminado por los motivos que figuran en el capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes servicios o programas:

- Servicios para Miembros.
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el capítulo 2.
- Cal MediConnect Ombuds Program. Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento “Medicare Rights & Protections” [Derechos y protecciones de Medicare] en el sitio web de Medicare, www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



I. Sus responsabilidades como miembro del plan.

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos. Para conocer más detalles sobre:
 - Sus servicios cubiertos, consulte los capítulos 3 y 4. En esos capítulos, se le informa lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Sus medicamentos cubiertos, consulte los capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de atención médica le brinden la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y de Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, Medi-Cal paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). En el capítulo 6, se indica lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicios, no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. En el capítulo 1, se indica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo especial de inscripción, usted puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Además, asegúrese de informarle a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el capítulo 2 para conocer los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo tiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene algún problema o reclamo en cuanto a la calidad del cuidado.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su cuidado.
- Piensa que sus servicios van a terminar demasiado pronto.
- Tiene un problema o reclamo con sus servicios y apoyo a largo plazo, que incluyen los Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y los servicios de centros de enfermería (NF).

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en secciones diferentes para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o con los servicios y apoyos a largo plazo

Usted debe recibir atención de la salud, medicamentos y servicios y aparatos de apoyo de largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program para que lo ayuden a resolver su problema. Si desea conocer recursos adicionales que le permitan abordar sus inquietudes y formas de contacto con ellos, consulte el capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema	180
A1. Acerca de los términos legales	180
B. Dónde puede llamar para obtener ayuda	180
B1. Dónde puede obtener más información y ayuda	180
C. Problemas con sus beneficios.....	182
C1. Uso del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones.....	182
D. Decisiones sobre cobertura y apelaciones.....	182
D1. Información general de las decisiones sobre cobertura y apelaciones	182
D2. Ayuda con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones.....	183
D3. Uso de la sección de este capítulo que lo ayudará	184
E. Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D)	186
E1. Cuándo usar esta sección	186
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	187
E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D).....	189
E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D).....	193
E5. Problemas de pago.....	199
F. Medicamentos de la Parte D	201
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	201
F2. ¿Qué es una excepción?	204
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	205
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	206



F5. Apelación de nivel 1 de medicamentos de la Parte D.....	209
F6. Apelación de nivel 2 de medicamentos de la Parte D.....	211
G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga	213
G1. Conozca sus derechos de Medicare	213
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	214
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	217
G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para la apelación?	218
H. Qué debe hacer si considera que la cuidado médico en el hogar, la atención de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.....	220
H1. Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura	221
H2. Apelación de nivel 1 para seguir recibiendo atención	221
H3. Apelación de nivel 2 para seguir recibiendo atención	223
H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?.....	224
I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2	227
I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare.....	227
I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medi-Cal	227
J. Cómo presentar un reclamo.....	228
J1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos.....	228
J2. Reclamos internos.....	230
J3. Reclamos externos.....	231



A. Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indica qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medi-Cal han aprobado estos procesos. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas normas y plazos en este capítulo. Varios de estos términos pueden ser difíciles de comprender; por eso, hemos utilizado vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Hemos reducido en lo posible el uso de abreviaciones.

Por ejemplo, diremos lo siguiente:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación sobre la cobertura”
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad y es por ello que también los proporcionamos.

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces puede ser confuso iniciar o dar seguimiento al proceso para tratar un problema. En especial, puede ser confuso si no se siente bien o se siente agotado. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Puede recibir ayuda del Cal MediConnect Ombuds Program

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program.

El Cal MediConnect Ombuds Program es un programa de defensa de los derechos del paciente que puede responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué puede hacer para abordar su problema. El Cal MediConnect Ombuds Program no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro ni plan médico. Pueden ayudarlo a entender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Cal MediConnect Ombuds Program es 1-855-501-3077.

Los servicios son gratuitos. Para obtener más información sobre los programas de defensoría, consulte el capítulo 2.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Puede obtener ayuda del Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

También puede llamar al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El HICAP cuenta con asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Cómo recibir ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Puede recibir ayuda del California Department of Managed Health Care

En este párrafo, el término “queja formal” significa una apelación o un reclamo acerca de los servicios de Medi-Cal, su plan médico o uno de sus proveedores.

El California Department of Managed Health Care es responsable de regular los planes de servicio de atención de la salud. Si tiene una queja contra su plan médico, primero debe llamar por teléfono a su plan médico al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y usar el proceso de quejas del plan antes de comunicarse con el departamento. El uso del procedimiento para quejas formales no le quita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta de manera satisfactoria por su plan médico o una queja que ha permanecido sin resolución más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. Además, usted puede ser elegible para solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para solicitar una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan médico relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, hay formularios de reclamo, formularios para solicitar una IMR e instrucciones.

Puede obtener ayuda de la Quality Improvement Organization

La Quality Improvement Organization es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

El número de teléfono de la Quality Improvement Organization es el 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



C. Problemas con sus beneficios

C1. Uso del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura? (Esto incluye problemas sobre si una atención médica especial, servicios y apoyos a largo plazo, o medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados.)	
Sí. Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura. Consulte la sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 182.	No. Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura. Salte hasta la sección J: “Cómo presentar un reclamo” en la página 228.

D. Decisiones sobre cobertura y apelaciones

D1. Información general de las decisiones sobre cobertura y apelaciones

El proceso para las decisiones sobre la cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye problemas con el pago. Usted no es responsable de los cargos de Medicare, excepto los copagos de la Parte D.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión sobre cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medi-Cal, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podemos decidir que un servicio, artículo o medicamento que desea no esté cubierto o que deje de estar cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si usted o su médico están en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

D2. Ayuda con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo llamar para pedirle ayuda con las decisiones sobre la cobertura o la presentación de una apelación?

Les puede pedir ayuda a las siguientes personas:

- Llame a **Servicios para Miembros** al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- Llame al **Cal MediConnect Ombuds Program** para obtener ayuda gratuita. El Cal MediConnect Ombuds Program ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con problemas relacionados con servicios o facturación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.
- Llame al **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** para recibir ayuda sin cargo. HICAP es una organización independiente. No tiene relación con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Llame al **Department of Managed Health Care (DMHC)** para que le brinden ayuda gratuita. El DMHC es responsable por la regulación de los planes médicos. El DMHC ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con las apelaciones relacionadas con problemas respecto de los servicios o la facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas auditivos o del habla pueden llamar a la línea gratuita TDD, 1-877-688-9891.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o un familiar** y pídeles que actúen por usted. Puede designar a otra persona para que sea su "representante" en la solicitud de una decisión de cobertura o la presentación de una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de "Designación de representante". También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le dará a la persona la autorización para actuar por usted. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su abogado o solicitar que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Si desea un abogado como representante, deberá completar el formulario de Designación de representante. Puede solicitar asistencia legal de un abogado de Health Consumer Alliance llamando al 1-888-804-3536.
 - Sin embargo, **no es necesario que cuente con un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación.

D3. Uso de la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Dividimos este capítulo en diferentes secciones para que pueda encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- En la **sección E, página 186**, se le brinda información si tiene problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre este cuidado.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea darle y usted cree que este cuidado debe ser cubierto.
 - **NOTA:** Solo consulte la sección E si los medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, marcados con un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección F en la página 201 para obtener información sobre apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.
 - Recibió atención médica o servicios médicos que piensa deberían ser cubiertos, pero no pagaremos esta atención.
 - Recibió y pagó servicios médicos o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea solicitarnos que le brindemos un reembolso.
 - Se le informa que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado médico en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. Consulte las secciones G y H en las páginas 213 y 220.
- En la **sección F, página 201**, se le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
 - Desea solicitarnos que renunciemos a los límites de la cantidad del medicamento que usted puede conseguir.
 - Desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción y usted, su médico u otro profesional que receta cree que deberíamos haberlo hecho.
 - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. (Se trata de solicitar una decisión sobre cobertura relacionada con el pago.)
- En la **sección G, página 213**, se le brinda información sobre cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto. Use esta sección si:
 - Está en el hospital y cree que el médico le dio el alta demasiado pronto.
- En la **sección H, página 220**, se le brinda información en caso de que considere que el cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.



E. Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios para sus servicios médicos, de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos de la Lista de medicamentos marcados con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección F para obtener información sobre las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.

En esta sección, se explica lo que puede hacer si está en una de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos servicios médicos, de salud del comportamiento o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que usted necesita, pero no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la sección E2 en la página 187 para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la sección E3 en la página 189 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibí servicios o artículos que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la sección E3 en la página 189 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibí y pagó servicios o artículos que pensé que estaban cubiertos y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la sección E5 en la página 199 para obtener información sobre cómo solicitarnos un pago.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir, cambiar o suspender el servicio. Consulte la sección E3 en la página 189 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado médico en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte la sección G o H en las páginas 213 y 220 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir servicios médicos, de salud del comportamiento o ciertos servicios y apoyo a largo plazo (servicios de CBAS o NF)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- Puede enviarnos un fax al: 1-888-426-5087
- Puede escribirnos a: Utilization Management
12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop:7120, Cerritos, CA 90703-9329

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, después de que usted presente la solicitud y nosotros obtengamos toda la información que necesitamos, nos lleva 5 días hábiles tomar una decisión, a menos que la solicitud sea por un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, tomaremos una decisión a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si no le damos nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), puede presentar una apelación.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en la que le informaremos que necesitaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le avisaremos de nuestra decisión en 72 horas (o en 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Sin embargo, a veces, necesitamos más tiempo; en ese caso, le enviaremos una carta en la que se le indicará que nos tomaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “determinación acelerada”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Cómo pedir una decisión rápida sobre la cobertura:

- Comience por llamarnos o enviarnos un fax para solicitarnos que cubramos la atención que desea.
- Llámenos al **1-855-817-5785 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o envíenos un fax al 1-888-426-5087.
- Encontrará más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros en el capítulo 2.

También puede pedirle a su proveedor o representante que solicite una decisión rápida sobre la cobertura por usted.

Estas son las normas para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

Debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si solicita cobertura para atención médica o un artículo que aún no ha recibido.** (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud es para el pago de atención médica o un artículo que ya recibió.)
2. Puede recibir una decisión rápida sobre la cobertura **solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B) podría perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales.**
 - Si su médico dice que usted necesita una decisión rápida sobre la cobertura, se la brindaremos automáticamente.
 - Si pide una decisión rápida sobre la cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si le damos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B).
 - En esta carta, se le informará que si su médico pide la decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos reclamos rápidos, consulte la sección J en la página 228.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le indicaremos los motivos de la **denegación**.

- Si **rechazamos** la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que estará pasando al nivel 1 del proceso de apelación (lea la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor están en desacuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el nivel 1. Si no desea apelar primero ante el plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso y necesita que se tome una decisión inmediata, puede solicitar una Revisión Médica Independiente al Department of Managed Health Care en www.dmhc.ca.gov. Para obtener más información, consulte la página 194. Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077. El Cal MediConnect Ombuds Program no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro ni plan médico.

¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para comprobar si es correcta. El revisor será alguien que no

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden poner por escrito su solicitud y mandarla por correo o fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted quiere apelar. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación (consulte la página 191).
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para presentar la apelación** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su apelación se encuentra en proceso (consulte la página 192).
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo aplica a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



haya participado en la decisión original de la cobertura. Cuando terminemos la revisión, le informaremos nuestra decisión por escrito.

Si luego de nuestra revisión le informamos que el servicio o el artículo no están cubiertos, su caso pasará a una apelación de nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar apelaciones, consulte el capítulo 2.
- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o rápida, presente la apelación por escrito o llámenos.
 - Puede presentar una solicitud por escrito a la dirección siguiente:
Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan - Complaints, Appeals & Grievances
4361 Irwin Simpson Road, Mailstop: OH0205-A537, Mason, OH 45040
 - Puede presentar su solicitud en línea, en duals.anthem.com.
 - También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario después de recibir su apelación para informarle que la recibimos.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Además de su médico u otro proveedor, otras personas pueden presentar la apelación por usted, pero antes esta persona debe completar el formulario de “Designación de representante”. El formulario le otorga permiso a la persona para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de designación de representante, llame a Servicios para Miembros y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si la apelación la realiza otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario “Designación de representante” completo antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para notificarle nuestra decisión.

Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son si tuvo una enfermedad grave o si le brindamos la información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar la razón por la cual hizo su apelación tarde cuando la presente.

NOTA: Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para presentar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea la sección “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de nivel 1?” en la página 192 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo me enteraré de la decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su apelación (o en el plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su condición de salud así lo requiere.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o en el plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B), enviaremos de manera automática su caso al nivel 2 del proceso de apelación si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificaremos cuando esto suceda.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección E4 en la página 193.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o dar la cobertura en el plazo de 30 días calendario después de que recibamos su apelación (o en el plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le indicará cómo debe presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección E4 en la página 193.

¿Cuándo me enteraré de la decisión sobre la apelación “rápida”?

Si pide una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas, enviaremos de manera automática su caso al nivel 2 del proceso de apelación si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificaremos cuando esto suceda.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección E4 en la página 193.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le indicará cómo debe presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la sección E4 en la página 193.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que fue aprobado previamente, le enviaremos una notificación antes de tomar la acción. Si no está de acuerdo con la medida tomada, puede presentar una apelación de nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



para el servicio o artículo. Usted debe **realizar la solicitud en las fechas que se indican a continuación o antes, lo que suceda último**, a fin de continuar sus beneficios:

- En un plazo de 10 días a partir de la fecha de envío de la notificación de la medida; o
- La fecha propuesta de entrada en vigencia de la medida.

Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo en disputa mientras se está procesando su apelación.

E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (excepto los medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación de nivel 1, ¿qué sucede después?

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta, se le informará si Medicare o Medi-Cal suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo de **Medicare**, su caso se enviará de manera automática al nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como finalice la apelación de nivel 1.
- Si el problema se relaciona con un servicio o artículo de **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta. En la carta, se le indicará cómo hacerlo. La información también aparece aquí debajo.

¿Qué es una apelación de nivel 2?

La apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que es presentada por una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

Existen dos formas de presentar una apelación de nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal:

1) Presentar un reclamo o solicitar una Revisión médica independiente o 2) Audiencia estatal.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



(1) Revisión Médica Independiente

Usted puede presentar un reclamo o pedir una Revisión Médica Independiente (IMR) de parte del Centro de Ayuda del California Department of Managed Health Care (DMHC). Si presenta un reclamo, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Puede disponer de una IMR para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos darle el servicio o artículo que solicitó. La IMR no tiene ningún costo para usted.

Puede presentar un reclamo o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o investigativo de Medi-Cal para una afección grave.
- No pagará por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días calendario para una apelación estándar o de 72 horas para una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación, pero no recibimos su formulario de designación de representante, usted deberá volver a presentarnos la apelación antes de que pueda presentar una IMR de nivel 2 ante el Department of Managed Health Care.

Tiene derecho a pedir tanto una IMR como una Audiencia estatal, pero no si ya tuvo una Audiencia del estado, sobre el mismo asunto.

En la mayoría de los casos, usted debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 189 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un reclamo ante el DMHC o pedir una IMR al Centro de Ayuda del DMHC.

Si su tratamiento fue denegado porque era experimental o investigativo, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o involucra una amenaza inmediata y grave a su salud, o si siente dolor agudo, usted puede traerlo inmediatamente a la atención del DMHC sin antes tener que pasar por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR en el plazo de 6 meses** luego de que enviemos una respuesta por escrito respecto de su apelación. El DMHC podría aceptar su solicitud después del plazo de 6 meses por motivos válidos, por ejemplo, si usted tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR en el plazo de 6 meses o si no se le notificó de manera adecuada el proceso de IMR.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Para pedir una IMR:

- Complete el Formulario de reclamo/solicitud de revisión médica independiente que se encuentra disponible en www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si los tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de documentos, no originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Llene el formulario de asistente autorizado si alguien lo ayudará con su IMR. Puede obtener el formulario en <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx> o llamar al Centro de Ayuda del departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o fax sus formularios y cualquier anexo a:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Fax: 1-916-255-5241

Si reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 7 días calendario para informarle que reúne los requisitos para una IMR. Después de que recibamos la solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará en un plazo de 30 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR en un plazo de 45 días calendario a partir del envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 2 días calendario para informarle que reúne los requisitos para una IMR. Después de que recibamos la solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará en un plazo de 3 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR en el plazo de 7 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede pedir una audiencia estatal.

La IMR puede demorar más si usted o su médico tratante no envían al DMHC todos los registros médicos necesarios. Si recibe atención de un médico que no forma parte de la red de su plan médico, es importante que obtenga sus registros médicos de dicho médico y nos los envíe. Su plan médico tiene la obligación de obtener copias de sus registros médicos de los médicos que formen parte de la red.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si el DMHC decide que su caso no es elegible para IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de reclamo del cliente. Su reclamo debería resolverse en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de envío de la solicitud completa. Si su reclamo es urgente, será resuelto antes.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una Audiencia estatal en cualquier momento respecto de los servicios y los artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor piden un servicio o artículo que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando por un servicio o artículo que usted ya tiene y rechazamos su apelación de nivel 1, tiene derecho a pedir una audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que se le envíe el aviso titulado “Sus derechos a una audiencia”.

NOTA: Si solicita una audiencia estatal porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para enviar su solicitud** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal está pendiente. Lea la sección “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de nivel 2?” en la página 197 para obtener más información.

Hay dos formas para pedir una audiencia estatal:

1. Puede completar la “Solicitud para Audiencia estatal” en el dorso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada tal como su nombre completo, dirección, número telefónico, el nombre el plan o el condado que tomó la medida contra usted, el (los) programa(s) de ayuda involucrado(s) y un motivo detallado por el que usted desea una audiencia. Entonces puede presentar su solicitud de una de estas formas:
 - Ante el departamento de bienestar del condado a la dirección mostrada en la notificación.
 - Ante el California Department of Social Services:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - Ante la División de Audiencias Estatales al número de fax 1-916-651-5210 o al 1-916-651-2789.
2. Puede llamar al California Department of Social Services al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide pedir una audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de nivel 2?

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de nivel 1 y decidirá si debe ser modificada.

- No necesita solicitar una apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Le notificaremos cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no tiene ninguna relación con este plan.
- Puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

La IRE debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación (o en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta norma se aplica si envió la apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser de beneficio para usted, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta. La IRE no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser de beneficio para usted, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta. La IRE no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de nivel 2?

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubiertos por Medicare, sus beneficios para dicho servicio o artículo **no** continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubiertos por Medi-Cal y solicita una Audiencia estatal, los beneficios de Medi-Cal respecto de ese servicio o artículo pueden continuar hasta que se tome una decisión de cobertura. Debe solicitar una audiencia **en las fechas que se indican a continuación o antes, lo que suceda último**, a fin de continuar sus beneficios:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- En un plazo de 10 días a partir de la fecha de envío de nuestra notificación de que la determinación adversa de beneficios (decisión de la apelación de nivel 1) ha sido confirmada; o
- La fecha propuesta de entrada en vigencia de la medida.

Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo en disputa hasta que se tome la decisión de la audiencia.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de nivel 2 fue una Revisión Médica Independiente, el Department of Managed Health Care le enviará una carta en la que se le explicará la decisión tomada por los médicos que revisaron su caso.

- Si la decisión de la Revisión Médica Independiente es **aceptar** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar el servicio o tratamiento.
- Si la decisión de la Revisión Médica Independiente es **rechazar** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Usted aún puede recibir una audiencia estatal. Consulte la página 196 para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

Si su apelación de nivel 2 fue una audiencia estatal, el California Department of Social Services le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la decisión de la Audiencia estatal es **aceptar** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos respetar la decisión. Debemos completar las medidas descritas en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos una copia de la decisión.
- Si la audiencia estatal decide **rechazar** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Podemos detener cualquier asistencia pendiente de pago que está recibiendo.

Si su apelación de nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de Medicare, esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- En el caso de los medicamentos recetados de Medicare Parte B, si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que usted solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento recetado de Medicare Parte B en un plazo de 24 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de nivel 2 fue una Revisión Médica Independiente, usted puede solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 196 para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

Si su apelación de nivel 2 fue una audiencia estatal, puede pedir una nueva audiencia dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la decisión. También puede pedir una revisión judicial de una denegación de audiencia estatal presentando una petición ante el Tribunal Superior de Justicia (según la sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en el plazo de un año tras recibir la decisión. No puede pedir una IMR si ya tuvo una Audiencia estatal sobre el mismo asunto.

Si su apelación de nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de Medicare, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. La carta que reciba de la IRE le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener.

Consulte la sección I en la página 227 para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio o artículo cubierto. A usted nunca se le exige que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago correspondiente a los medicamentos de nivel 2 que figuran en la Lista de medicamentos de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Para obtener más información, comience por leer el capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. En el capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que le envió un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

¿Puedo pedirles que me reembolsen un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para recibir servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión sobre cobertura. Determinaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y verificaremos si siguió todas las normas para utilizar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta que le indica que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos la razón.

¿Qué sucede si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la sección E3, en la página 189. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo reembolso por un servicio o artículo que ya recibió y pagó usted mismo, no puede pedir una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE). Le enviaremos una carta para avisarle si esto sucede.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si la IRE revierte nuestra decisión y afirma que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.) La carta que reciba le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener. Puede apelar otra vez solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Consulte la sección I en la página 227 para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Medi-Cal suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta (consulte la sección E4 en la página 193).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero es posible que los cubra Medi-Cal. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos marcados con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos marcados con un asterisco (*) siguen el proceso explicado en la sección E, en la página 186.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Puede solicitarnos que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan
 - Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir)

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Preguntarnos si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse, recibirá un aviso donde se le explicará cómo contactarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Se trata de solicitar una decisión sobre cobertura relacionada con el pago.

El término legal para una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos de la Parte D es “**determinación sobre la cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se indica cómo pedir decisiones sobre la cobertura **y** cómo solicitar una apelación.



Use el cuadro a continuación para ayudarse a decidir cuál sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción de un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura.)</p> <p>Comience con la sección F2 en la página 204. Consulte también las secciones F3 y F4 en las páginas 205 y 206.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o reglas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Salte a la sección F4 en la página 206.</p>	<p>¿Desea pedirnos que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura.)</p> <p>Salte a la sección F4 en la página 206.</p>	<p>¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos la medicina de la forma en que usted desea que se cubra o pague?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que solicita que reconsideremos la decisión.)</p> <p>Salte a la sección F5 en la página 209.</p>

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



F2. ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su médico u otro profesional que receta tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

A continuación, se describen ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
 - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido que aplica a medicamentos en el nivel 2.
 - No puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el capítulo 5).
 - Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en vez del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se llama “autorización previa”.)
 - Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia escalonada”.)
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.
 - Si aceptamos hacer una excepción y anular una restricción para usted, puede pedir una excepción al monto de copago que requerimos que pague por el medicamento.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, una “**excepción al formulario**”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico u otro profesional que receta deben explicarnos las razones médicas

Su médico u otro emisor de la receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información provista por su médico u otro emisor de la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto registrará siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la sección F5, página 209, se indica cómo presentar una apelación si la **rechazamos**.

En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión sobre cobertura, incluida una excepción.



F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué debe hacer

- Pida el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) puede hacerlo. Puede llamarnos al 1-833-370-7466 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted o su médico (u otro profesional que receta) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Asimismo, un abogado puede actuar en su nombre.
- Lea la sección D en la página 182 para saber cómo dar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para que nos solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento, lea el capítulo 7 de este manual. En el capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- Si está pidiendo una excepción, proporcione la “declaración justificadora”. Su médico u otro profesional que receta deben darnos las razones médicas por las que necesita la excepción de medicamentos. Denominamos esto la “declaración justificadora”.
- Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Panorama general: Cómo solicitar una decisión de cobertura de un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante, médico u otro profesional que receta que haga la solicitud. Le daremos una respuesta sobre la decisión de cobertura estándar en 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración justificadora de su médico u otro profesional que receta.
- Usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen tardar 24 horas.)
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



Si su estado de salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar un “plazo rápido”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión rápida sobre la cobertura” es “determinación de cobertura acelerada”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura solo si está solicitando un medicamento que no ha recibido todavía. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos está pidiendo reembolso por un medicamento que ya compró.)

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura solo si el usar los plazos estándares podría ocasionar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida sobre la cobertura y se lo explicaremos en la carta.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura usted mismo (sin el apoyo del médico u otro profesional que receta), decidiremos si le brindemos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su afección no cumple los requerimientos para una decisión rápida sobre la cobertura, en su lugar usaremos los plazos estándares.
 - También le enviaremos una carta para informarle sobre eso. La carta le dirá cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
 - Puede presentar un “reclamo rápido” y recibir una respuesta a su reclamo en 24 horas. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, incluidos reclamos rápidos, consulte la sección J en la página 228.

Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en 24 horas. Esto significa en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud. O bien, si solicita una excepción, significa en el plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración que justifique su solicitud por parte de su médico o del médico que le receta los medicamentos. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración que justifique su solicitud por parte de su médico o el médico que le receta los medicamentos.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura” de un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. O bien, si solicita una excepción, significa en el plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración justificadora por parte de su médico o del médico que le receta los medicamentos. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si pide una excepción, la declaración justificadora de su médico o del médico que le receta los medicamentos.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar sobre la cobertura” relacionada con el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



F5. Apelación de nivel 1 de medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro profesional que receta, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-833-370-7466 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si desea una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamándonos.
- Debe realizar su solicitud de apelación **en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para comunicarle nuestra decisión. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Por ejemplo, una buena causa por no cumplir con el plazo límite puede ser una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia de la información con respecto a su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-370-7466 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o profesional que receta, o su representante pueden poner por escrito su solicitud y mandárnosla por correo o fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted quiere apelar. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su médico, su profesional que receta o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden aportarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted apela una decisión de nuestro plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que receta deberán decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura”, que se especifican en la sección F4, página 206.

El término legal para una “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Examinamos detalladamente toda la información sobre la solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted, con su médico u otro profesional que receta para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original de la cobertura.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Si considera que su estado de salud lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días si usted solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de nivel 2 de medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o realizar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe estar por escrito. En la carta que enviamos sobre nuestra decisión tomada en la apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar una apelación de nivel 2.
- Cuando presenta una apelación ante la IRE, les enviamos a ellos su expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso; para ello, puede llamar a Servicios de Farmacia para Miembros al 1-833-370-7466 (TTY: 711), las 24 horas, los 7 días de la semana.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar una solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted quiere apelar. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su médico u otro médico que le receta los medicamentos o su representante pueden solicitar la apelación de nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que se explique su decisión.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para una “apelación rápida” de nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” de nivel 2

- Si presenta una apelación estándar de nivel 2, la IRE debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación, o de 14 días calendario si solicitó que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días después de recibir la decisión.



¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

El **rechazo** significa que la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.

Si desea pasar al nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es menor que el mínimo, no puede hacer más apelaciones. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga

Al internarse en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted con el fin de prepararse para el día en que abandone el hospital. También ayudarán a organizar el cuidado que pueda necesitar después de dejar el hospital.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta.

Si cree que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le dice cómo pedirla.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el “Mensaje importante” se le informan sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes derechos:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. El derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede acceder a ellos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la extensión de su hospitalización.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Saber dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad del cuidado de su hospital.
- Apelar si piensa que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le podrían haber comunicado.

Guarde la copia del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o a Medicare a los números antes mencionados.

G2. Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización por un tiempo mayor, debe solicitar una apelación. Una Quality Improvement Organization llevará a cabo la revisión de la apelación de nivel 1 a fin de determinar si su fecha planificada para el alta es adecuada en términos médicos para usted. En California, la Quality Improvement Organization se llama Livanta.

Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta llame a Livanta al 1-877-588-1123.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Quality Improvement Organization **antes** de retirarse del hospital y a más tardar en la fecha planificada para el alta. “Un Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Quality Improvement Organization.



- **Si llama antes de retirarse**, se le permitirá permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Quality Improvement Organization.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada para el alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha planificada para el alta.
- **Si incumple el plazo** para ponerse en contacto con la Quality Improvement Organization sobre su apelación, en su lugar puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información detallada, consulte la sección G4 en la página 218.
- Debido a que las hospitalizaciones están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Quality Improvement Organization no va a escuchar su solicitud para continuar su hospitalización, o usted considera que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud o usted tiene dolor agudo, tal vez pueda presentar un reclamo ante el California Department of Managed Health Care (DMHC) o solicitarle una revisión médica independiente. Consulte la sección E4 en la página 193 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Quality Improvement Organization en su estado al 1-877-588-1123 y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha planificada para el alta.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y los plazos definidos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. O bien, puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.

¿Qué es una Quality Improvement Organization?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que les paga el Gobierno Federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Solicitar una “revisión rápida”

Debe pedir a la Quality Improvement Organization una “**revisión rápida**” de su alta. Pedir una “revisión rápida” significa que está pidiendo a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Quality Improvement Organization le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar recibiendo cobertura después de la fecha planificada para el alta. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores evaluarán su historial médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informan de su apelación, usted recibirá una carta que le da su fecha planificada para el alta. En la carta, se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado del alta**”.

Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785**

(TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede llamar

al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede consultar un aviso

de muestra en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Quality Improvement Organization **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Quality Improvement Organization **rechaza** su apelación, significa que la fecha planificada para el alta es apropiada por motivos médicos. Si sucede esto, nuestra cobertura para sus servicios en hospitalización terminará al mediodía del día después de que la Quality Improvement Organization le dé su respuesta.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si la Quality Improvement Organization **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar para continuar su hospitalización. El costo del cuidado hospitalario que usted tal vez tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Quality Improvement Organization le dé su respuesta.
- Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, puede presentar una apelación de nivel 2, tal como se describe en la sección siguiente.

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Quality Improvement Organization ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, puede presentar una apelación de nivel 2. Debe ponerse en contacto con la Quality Improvement Organization nuevamente y pedir otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Quality Improvement Organization **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

En California, la Quality Improvement Organization se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-877-588-1123.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Quality Improvement Organization tomarán una decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Quality Improvement Organization de su estado al 1-877-588-1123 y pida otra revisión.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



¿Qué sucede si rechazan su apelación?

Significa que la Quality Improvement Organization está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y que no la cambiará. En la carta que usted recibe, se explican los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación de nivel 2, tal vez tenga que pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha planificada para el alta.

También puede presentar un reclamo ante el California Department of Managed Health Care (DMHC) o solicitarle una revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Consulte la sección E4 de la página 193 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para la apelación?

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de nivel 1 y 2, llamadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Quality Improvement Organization (que es de 60 días o hasta su fecha planificada para el alta, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y si se respetaron todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sea médicamente necesario.
- También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.

Panorama general: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital. Le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- **Si rechazamos su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha planificada para el alta era apropiada por motivos médicos. La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que comunicamos que finalizaba dicha cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de la fecha planificada para el alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha.
- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa de forma automática al nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas de haberle comunicado nuestra decisión de nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. En la sección J de la página 228, se indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del Gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha planificada para

Panorama general: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



el alta. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios por todo el tiempo que sea médicamente necesario.

- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta del hospital prevista era apropiada por motivos médicos.
- La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles acerca de cómo proceder a la apelación de nivel 3, a cargo de un juez.

También puede presentar un reclamo ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente para continuar su hospitalización. Consulte la sección E4 de la página 193 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente, además de una apelación de nivel 3 o en lugar de esta.

H. Qué debe hacer si considera que la cuidado médico en el hogar, la atención de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección es solo sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Cuidado de enfermería especializada en un centro para tal fin.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se recupera de una operación importante.
 - Al recibir cualquiera de estos tres tipos de cuidado, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos, siempre que el médico indique que son necesarios.
 - Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle antes de que sus servicios finalicen. Cuando se cancela la cobertura de ese cuidado, dejamos de pagar el costo del cuidado.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



H1. Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura

Usted recibirá una notificación al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su cuidado. También se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En la notificación escrita, se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió. Su firma **no** significa que usted esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando su cobertura finalice, dejaremos de pagar.

H2. Apelación de nivel 1 para seguir recibiendo atención

Si piensa que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de empezar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con los plazos, puede presentar un reclamo. En la sección J, en la página 228, se indica cómo presentar un reclamo.)
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. O bien, llame al State Health Insurance Assistance Program al 1-800-434-0222.

Durante una apelación de nivel 1, una Quality Improvement Organization revisará su apelación y decidirá si debe cambiar la decisión tomada por nosotros. En California, la Quality Improvement Organization se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-877-588-1123. La información sobre cómo presentar una apelación ante la Quality Improvement Organization también se incluye en el “Aviso de no cobertura de Medicare”. Este es el aviso que recibió cuando le comunicaron que dejaríamos de cubrir su atención.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que siga cubriendo su atención

Llame a la Quality Improvement Organization de su estado al 1-877-588-1123 y solicite una “apelación de vía rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de su fecha prevista del alta.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



¿Qué es una Quality Improvement Organization?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que les paga el Gobierno Federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Pídales una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente para saber si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para contactar con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Quality Improvement Organization a más tardar al mediodía del día después de recibir la notificación escrita que le dice cuándo pararemos de cubrir su cuidado.
- Si incumple el plazo para ponerse en contacto con la Quality Improvement Organization sobre su apelación, en su lugar puede presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener información detallada sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la sección H4 en la página 224.
- Si la Quality Improvement Organization no va a escuchar su solicitud para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica, o usted considera que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud o usted tiene dolor agudo, tal vez pueda presentar un reclamo ante el California Department of Managed Health Care (DMHC) y solicitarle una Revisión médica independiente. Consulte la sección E4 de la página 193 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”.

Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, consulte una copia en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Quality Improvement Organization?

- Los revisores de la Quality Improvement Organization le preguntarán a usted o a su representante por qué piensa que debe continuar la cobertura para los servicios. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Cuando pida una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Quality Improvement Organization que explique por qué sus servicios deben concluir.
- Los revisores también evaluarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado médico en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de nivel 2 para seguir recibiendo atención

Si la Quality Improvement Organization **rechazó** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo atención una vez que su cobertura para la atención finalice, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Quality Improvement Organization revisará de nuevo la decisión que tomó en el nivel 1. Si acepta la decisión de nivel 1, es posible que deba pagar el costo total del cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



En California, la Quality Improvement Organization se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-877-588-1123. Solicite la revisión de nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Quality Improvement Organization **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura para la atención.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Quality Improvement Organization tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión tomada respecto de su apelación de nivel 1 y que no modificará tal decisión.
- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles acerca de cómo proceder a la apelación de nivel 3, a cargo de un juez.
- Puede presentar un reclamo y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la sección E4 en la página 193 para saber cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar un reclamo y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente, además de una apelación de nivel 3 o en lugar de esta.

H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de nivel 1 y 2, llamadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que cubra su atención durante un periodo más prolongado

Llame a la Quality Improvement Organization de su estado al 1-877-588-1123 y pida otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de su fecha prevista del alta.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Apelación alternativa de nivel 1 para seguir recibiendo atención durante un periodo más prolongado

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Quality Improvement Organization, puede presentar una apelación a nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de su cuidado de la salud en el hogar, cuidado en centro de enfermería especializada, o cuidado que está recibiendo en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo deberían finalizar sus servicios fue justa y si se cumplieron con todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios.
- También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era apropiado por motivos médicos. Nuestra cobertura de los servicios finalizará a partir del día en que comunicamos que finalizaría.

Panorama general: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se interrumpirían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa de forma automática al nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Apelación alternativa de nivel 2 para seguir recibiendo atención durante un periodo más prolongado

Enviaremos la información para su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas de haberle comunicado nuestra decisión de nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. En la sección J de la página 228, se indica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte del costo de la atención. Además, debemos seguir cubriendo sus servicios mientras sea médicamente necesario.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la interrupción de la cobertura de los servicios era apropiada por motivos médicos.

Panorama general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que siga cubriendo su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles acerca de cómo proceder a la apelación de nivel 3, a cargo de un juez.

Puede presentar un reclamo y solicitar al California Department of Managed Health Care (DMHC) una revisión médica independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la sección E4 en la página 193 para saber cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente, además de una apelación de nivel 3 o en lugar de esta.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que recibe de la Entidad de Revisión Independiente, se explica lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en la apelación de nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si quiere que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Luego de esto, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.

I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medi-Cal

También puede tener más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia estatal y quiere que otro juez la revise, puede pedir una nueva audiencia y/o buscar una revisión judicial.

Para pedir una nueva audiencia, envíe por correo una solicitud por escrito (una carta) aquí:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Esta carta se debe enviar en el plazo de los 30 días siguientes a la obtención de la decisión. Se puede extender el plazo hasta 180 días si usted tiene un buen motivo para retrasarse.

En su solicitud de nueva audiencia, establezca la fecha en que recibió su decisión y por qué se debería conceder una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional, describa la evidencia adicional y explique por qué no fue presentada antes y cómo cambiaría la decisión. Puede ponerse en contacto con servicios legales para que le den asistencia.

Para pedir una revisión judicial, debe presentar una petición ante el Tribunal Superior de Justicia (según la sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en el plazo de un año tras recibir la decisión. Presente su petición en la Corte Superior para el condado nombrado en su decisión.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Puede presentar esta petición sin pedir una nueva audiencia. No se requieren honorarios de presentación. Usted puede tener derecho a honorarios y costos razonables de abogados si la Corte emite una decisión final a su favor.

Si se escuchó una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión de la nueva audiencia, puede procurar una revisión judicial, pero no puede solicitar otra nueva audiencia.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de reclamos.

Reclamos sobre calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio de atención al cliente

- Un proveedor o miembro del personal de atención médica fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud ni a las instalaciones en la consulta de un médico o de un proveedor.
- Su proveedor no le proporciona una adaptación razonable que usted necesita tal como un intérprete del lenguaje americano de señas.

Panorama general: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan y/o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan los reclamos externos. Para obtener más información, consulte la sección J3 en la página 231.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Reclamos sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o hay demasiada espera para programarla.
- Ha esperado demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o a Servicios para Miembros u otro miembro del personal.

Reclamos sobre la higiene

- Usted piensa que en la clínica, el hospital o el consultorio del médico no hay limpieza.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o carta que tendría que haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamos sobre la puntualidad de nuestras acciones en relación con decisiones sobre la cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una cobertura o una decisión de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio, o reembolsarle determinados servicios médicos.
- Cree que no presentamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente en forma oportuna.

El término legal para un “reclamo” es una “**queja formal**”.

El término legal para “presentar un reclamo” es “**presentar una queja formal**”.

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno y/o un reclamo externo. Un reclamo interno es presentado ante y revisado por nuestro plan. Los reclamos externos se presentan ante una organización no vinculada con nuestro plan y esta se encarga de revisarlos. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno y/o externo, puede llamar al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



J2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo es acerca de un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que desea presentar el reclamo.

- Si necesita hacer otra cosa, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- Los reclamos relacionados con Medicare Parte D deben presentarse **dentro de los 60 días calendario** posteriores al problema sobre el que desea presentar el reclamo.
- No hay un tiempo límite para presentar reclamos relacionados con Medicare Parte C o acerca de la calidad del cuidado médico.

El término legal para un “reclamo rápido” es “queja formal acelerada”.

De ser posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama por un reclamo, probablemente podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estatus y un tiempo estimado para que usted reciba la respuesta.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, le daremos de forma automática un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura, le daremos de forma automática un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



J3. Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El formulario de reclamo de Medicare está disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede informarle a Medi-Cal acerca de su reclamo

El Cal MediConnect Ombuds Program también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos proporcionar. El Cal MediConnect Ombuds Program no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro ni plan médico.

El número de teléfono del Cal MediConnect Ombuds Program es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

También puede informarle al California Department of Managed Health Care (DMHC) acerca de su reclamo

El California Department of Managed Health Care (DMHC) es responsable por la regulación de los planes médicos. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con respecto a los reclamos que tenga sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con un reclamo que implique un asunto urgente o que suponga una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su reclamo o si nuestro plan no ha resuelto su reclamo después de 30 días calendario.

Estas son dos formas para recibir ayuda del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas auditivos o del habla pueden llamar a la línea gratuita TDD, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Department of Managed Health Care (www.dmhc.ca.gov).

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Puede presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre acceso para personas con discapacidad o asistencia con idiomas. El número de teléfono de la Office for Civil Rights es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la Office for Civil Rights de su localidad a:

Office for Civil Rights U.S.
Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Centro de atención al cliente: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos conforme a la Ley en favor de los Estadounidenses con Discapacidades y a otras leyes que rigen a organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra norma que rija por cualquier otro motivo. Puede comunicarse con el Cal MediConnect Ombuds Program para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

Puede presentar un reclamo ante la Quality Improvement Organization

Cuando su reclamo es sobre calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede hacer su reclamo sobre la calidad de cuidado que recibió directamente a esta organización (sin hacer el reclamo ante nosotros).
- O puede presentar su reclamo ante nosotros y ante la Quality Improvement Organization. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolverlo.

La Quality Improvement Organization es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para conocer más acerca de la Quality Improvement Organization, consulte el capítulo 2.

En California, la Quality Improvement Organization se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-877-588-1123.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect

Introducción

En este capítulo, encontrará las formas en que puede finalizar su membresía con nuestro plan Cal MediConnect y sus opciones de cobertura médica después de que abandona el plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect	234
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect	236
C. Cómo inscribirse en un plan Cal MediConnect distinto	236
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.....	236
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	237
D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal	239
E. Siga recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía	240
F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan Cal MediConnect	240
G. Normas para evitar que le pidamos que abandone nuestro plan Cal MediConnect por cualquier motivo relacionado con su salud	242
H. Su derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan	242
I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan.....	242

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que usted tiene Medi-Cal, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Periodos especiales de inscripción**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Además de estos tres periodos especiales de inscripción, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos:

- El **periodo de inscripción anual**, que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan terminará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1.º de enero.
- El **periodo de inscripción abierta** de Medicare Advantage, que dura desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para efectuar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Medicare o el Estado de California lo inscribieron en un plan Cal MediConnect,
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Extra (Extra Help) ha cambiado,
- Recibe atención en un hogar de ancianos o en un hospital de atención a largo plazo, o
- Se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.

Su membresía se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes (1.º de febrero, en este ejemplo).

Cuando termine su membresía en nuestro plan, usted continuará estando inscrito en Anthem Blue Cross para sus servicios de Medi-Cal, a menos que elija un plan Cal MediConnect distinto o un plan distinto exclusivo de Medi-Cal. También puede elegir sus opciones de inscripción de Medicare cuando cancela su membresía en nuestro plan. Si abandona nuestro plan, puede recibir información sobre lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Las opciones de Medicare en la tabla de la página 237.
- Los servicios de Medi-Cal en la página 239.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía de las siguientes maneras:

- Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP), el California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Llame al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.



B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan Cal MediConnect

Si usted decide terminar su membresía, dígame a Medi-Cal o a Medicare que usted desea abandonar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077; O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan médico o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si se retira de nuestro plan en la tabla de la página 237.

C. Cómo inscribirse en un plan Cal MediConnect distinto

Si desea continuar recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal de forma conjunta de un único plan, puede inscribirse en otro plan Cal MediConnect. Puede terminar su membresía en nuestro plan durante ciertos periodos del año, conocidos como periodos especiales de inscripción. En determinadas situaciones, es posible que también sea elegible para retirarse del plan en otros momentos del año. Consulte la sección A para obtener más información sobre **cuándo puede inscribirse en un nuevo plan**.

Para inscribirse en otro plan Cal MediConnect:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígame que usted desea abandonar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan e ingresar a un plan Cal MediConnect distinto. Si no sabe con certeza en qué plan inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes en su área.

Si es elegible para inscribirse en un periodo especial de inscripción, su cobertura con Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud. Consulte la sección A para obtener más información sobre **cuándo puede inscribirse en un nuevo plan**.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si no desea inscribirse en otro plan Cal MediConnect después de cancelar su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Dispone de tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan Cal MediConnect.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan médico de Medicare (como un plan Medicare Advantage Plan) o, si cumple con los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene preguntas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan se anulará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan se cancelará de forma automática cuando se inicie su cobertura de Original Medicare.</p>
--	---



<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que indique expresamente a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5: p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan se cancelará de forma automática cuando se inicie su cobertura de Original Medicare.</p>
---	---

D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, continuará recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de Anthem Blue Cross a menos que seleccione un plan distinto para sus servicios de Medi-Cal.

Los servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y soportes a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Si desea elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, debe informarlo a Health Care Options cuando solicite la cancelación de su membresía en nuestro plan Cal MediConnect.

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígales que usted desea abandonar Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan e ingresar a un Medi-Cal plan distinto. Si no sabe con certeza en qué plan inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes en su área.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Cuando usted termina su membresía en nuestro plan Cal MediConnect, recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro, un nuevo *Manual del miembro* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* para su cobertura de Medi-Cal.

E. Siga recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si abandona Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, puede tomar un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Para obtener más información, consulte la página 234. Durante este tiempo, continuará obteniendo su atención médica y sus medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe utilizar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se abastecen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si ingresa en el hospital el día en que finaliza su membresía, por lo general, nuestro plan Cal MediConnect cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan Cal MediConnect

Estos son los casos en los que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan debe finalizar su membresía en el plan:

- Si ocurre una interrupción en la cobertura de Medicare Parte A y B.
- Si ya no cumple con los requisitos para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal. Si ya no reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B ni para los beneficios completos de Medi-Cal, tiene otras opciones para su atención. Consulte el capítulo 10, sección D.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos no es legal.
 - Para ser miembro de nuestro plan, debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener una permanencia legal en este país.
 - Los Centers for Medicare & Medicaid Services nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Si no cumple con este requisito, debemos anular la inscripción.

Si ya no califica para Medi-Cal o sus circunstancias han cambiado de modo que usted ya no es elegible para Cal MediConnect, puede continuar recibiendo sus beneficios de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan un periodo adicional de dos meses. Este periodo adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad si cree que aún es elegible. Recibirá una carta de nuestra parte acerca del cambio en su elegibilidad con instrucciones para corregir dicha información.

- Para permanecer como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted debe calificar nuevamente antes del último día del periodo de dos meses.
- Si no califica antes del final del periodo de dos meses, su inscripción en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan será cancelada.

Podemos hacerlo abandonar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos previo permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si nos da, intencionalmente, información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si, permanentemente, se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



G. Normas para evitar que le pidamos que abandone nuestro plan Cal MediConnect por cualquier motivo relacionado con su salud

Si considera que le están pidiendo que se retire de nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

También debe **llamar al Cal MediConnect Ombuds Program** al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

H. Su derecho a presentar un reclamo si ponemos fin a su membresía en nuestro plan

Si finalizamos a su membresía en nuestro plan Cal MediConnect, debemos informarle nuestras razones por escrito. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja formal o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Además, puede consultar el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Llame al Cal MediConnect Ombuds Program al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	244
B. Aviso de no discriminación.....	244
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso	245



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y obligaciones, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. Es posible que también rijan otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare y Medi-Cal deben cumplir con las leyes que lo protegen a usted contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, región geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. Además, no discriminamos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su ascendencia, estado civil u orientación sexual. Tampoco puede ser tratado de manera distinta en función de su orientación sexual, estado civil, estado de embarazo y de veterano cubierto. Todas las organizaciones como nuestro plan deben acatar las leyes federales contra la discriminación, que incluye el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley contra la discriminación por edad de 1975, la Ley en favor de los Estadounidenses con Discapacidades, todas las otras leyes que rigen a las organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene algún problema de discriminación o falta de imparcialidad:

- Llame al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Office for Civil Rights de su localidad.

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

Centro de atención al cliente: 1-800-368-1019

TTY: 1-800-537-7697

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios para Miembros pueden ayudarle.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.



C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.

El programa Cal MediConnect cumple con las leyes y las regulaciones estatales y federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros respecto de los servicios de atención médica brindados a los miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de todo el *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se encuentran ordenados alfabéticamente. Si no puede encontrar un término que busca o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (ADL): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de casos: persona principal que trabaja con usted, el plan médico y sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Anulación de la inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La anulación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Apelación: una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura si presenta una apelación. En el capítulo 9, se explican las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica donde un plan médico acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan.

Asistente sanitario en el hogar: una persona que brinda servicios que no requieren habilidades de un enfermero o terapeuta licenciado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los asistentes sanitarios en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Atención de urgencia: atención que recibe para una enfermedad, lesión o afección repentina que no sea una emergencia, pero que necesita atención inmediatamente. Puede acceder a la atención urgentemente necesaria por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acudir a ellos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada prestados de forma constante y todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero certificado o un médico pueden colocarle.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o dejamos de pagar un servicio de Medi-Cal que ya tiene, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal es a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa: aprobación que debe obtener de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico o acudir a un proveedor fuera de la red. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor dentro de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan.

- En el Cuadro de beneficios del capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan.

Algunos medicamentos se cubren únicamente si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Ayuda Extra (Extra Help): es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra (Extra Help) también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Cal MediConnect: un programa que proporciona beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un solo plan médico. Tiene una sola tarjeta de identificación del miembro para todos sus beneficios.

Capacitación en competencia cultural: capacitación que proporciona una instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales e idiomáticas.

Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, CMS): agencia federal a cargo de Medicare. En el capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con el personal y el equipo necesarios para brindar una atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios médicos relacionados.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios a aquellos que no necesitan cuidado hospitalario y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda, principalmente, servicios de rehabilitación luego de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Copago: un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos recetados. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento recetado.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Department of Managed Health Care (DMHC): el departamento del estado de California que es responsable de regular los planes médicos. El DMHC ayuda a las personas en Cal MediConnect con las apelaciones y los reclamos relacionados con los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza las revisiones médicas independientes (IMR).

Department of Health Care Services (DHCS): el departamento del estado de California que administra el programa Medicaid (denominado Medi-Cal en California) al que, por lo general, se lo llama “el Estado” en este manual.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de la organización cuando esta o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones sobre la cobertura” en este manual. En el capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Distribución de costos: la parte de sus costos de atención médica que es posible que deba pagar todos los meses antes de que los beneficios de Cal MediConnect entren en vigencia. El monto de su participación en los costos dependerá de sus ingresos y recursos.

Distribución de costos: montos que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos medicamentos recetados. La distribución de costos incluye los copagos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, pérdida de una parte del cuerpo o pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor agudo.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinaria”.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o Equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales médicos que están para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a crear un plan de salud.

Equipo Médico Duradero (DME): ciertos artículos que el médico solicita para que usted use en su hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe: etapa en el beneficio para medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted alcanza el límite de \$7,050 para sus medicamentos recetados.

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que sus gastos de medicamentos de la Parte D lleguen a \$6,550. Esto incluye los montos que usted ha pagado, lo que nuestro plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de la afección actual y del historial médico del paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Facturación del saldo: una situación cuando un proveedor (tal como un doctor u hospital) factura a una persona más del monto de costo compartido del plan para servicios. Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted solo debe pagar los montos de distribución de costos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le cobren el saldo a usted. Llame a Servicios para Miembros si recibió alguna factura que no comprende.

Facturación inadecuada/inapropiada: situación en la que un proveedor (un médico u hospital) le factura un monto superior al de la distribución de costos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Como miembro de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan, usted solo debe pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que le facturen a usted más de este monto.

Farmacia de la red: una farmacia que ha aceptado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Gastos de bolsillo: el requisito de distribución de costos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de “gasto de bolsillo”. Consulte la definición de “distribución de costos” más arriba.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): un programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. En el capítulo 2, se explica cómo comunicarse con el HICAP.

Hogar o asilo de ancianos: un lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio: un programa de atención y soporte para ayudar a las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad terminal a vivir de manera cómoda. Un diagnóstico de enfermedad terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos.

- Un inscrito con un diagnóstico de enfermedad terminal tiene derecho a elegir un hospicio.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan debe darle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Información personal de salud (también denominada Información de Salud Protegida [PHI]): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan para obtener más información sobre cómo Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingresos de seguridad suplementaria (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados y sin receta (OTC) cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Manual del miembro y divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medi-Cal: este es el nombre del programa de Medicaid de California. El Estado administra Medi-Cal; y el Estado junto con el Gobierno federal financian este programa.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Medicamento necesario: algunos de los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren de una aprobación previa aparecen marcados en el cuadro de beneficios médicos. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. Primero, las normas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más económica. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen al plan, a menos que sea atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, consulte nuestro Directorio de proveedores y farmacias en línea o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una remisión o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

Medicamento necesario según Medi-Cal: o “necesidad médica” significa tipos de servicios razonables y necesarios para proteger la vida, evitar que el paciente se enferme gravemente o quede discapacitado, o reducir dolor agudo. Es coherente con estándares generalmente aceptados de práctica médica apoyados por evidencia científicamente creíble y bibliografía revisada por colegas.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos componentes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos por lo general son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por el Gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos componentes que su equivalente de marca. Por lo general, es más económico y es tan eficaz como su equivalente de marca.

Medicamentos cubiertos: término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados y sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Medicamentos de Medicare Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Es posible que Medi-Cal cubra algunos de estos medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Medicamentos sin receta (OTC): los medicamentos sin receta hacen referencia a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin la receta de un profesional de atención médica.

Medicare: programa de seguro médico federal destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan médico”).

Medicare Advantage Plan: un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA Plans”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, cuidado médico en el hogar y hospicios.

Medicare Parte B: el programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro médico privado brindar beneficios de Medicare a través de un Medicare Advantage Plan.

Medicare Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviar.) La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, o Medi-Cal. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan incluye Medicare Parte D.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medi-Cal que cumple con los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y el Estado.

Modelo de atención: la coordinación y guía de las actividades de atención médica de un paciente que se brindan a través de un equipo de atención médica que incluye al paciente y a toda persona involucrada en la atención del paciente.

Nivel de distribución de costos: grupo de medicamentos con el mismo copago. Todo medicamento en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) se encuentra en uno de cuatro (4) niveles de distribución de costos. En general, mientras más alto sea el nivel de distribución de costos, mayor será el costo del medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o sin receta (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de medicamentos se encuentra en uno de cuatro (4) niveles.

Ombudsman: una oficina en su estado que funciona como representante en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el Cal MediConnect Ombuds Program en los capítulos 2 y 9 de este manual.

Original Medicare (tradicional Medicare o de pago por servicio Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidados médicos que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado: un término usado cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente ambulatorio en vez de un paciente hospitalizado, aunque usted permanezca durante la noche.

Pago de ayuda pendiente: usted puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación de nivel 1 o una audiencia estatal (consulte el capítulo 9 para obtener más información). Esta continuación de la cobertura se denomina “pago de ayuda pendiente”.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal (Doble elegibilidad): una persona que cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Una persona inscrita en Medicare-Medi-Cal también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

Plan de salud: consulte “Plan de salud individualizado”.



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.

Plan de salud individualizado (ICP o Plan de salud): un plan con los servicios que recibirá y la manera en que los obtendrá. El plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y soportes a largo plazo.

Plan médico: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene administradores de casos para ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Planes del Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): programa que cubre los beneficios de Medicare y los de Medi-Cal juntos para las personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en sus casas.

Planes Medi-Cal: planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y soportes a largo plazo, equipos médicos y servicios de transporte. Los beneficios de Medicare se brindan por separado.

Prótesis y ortótica: son los dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de cuidados médicos. Entre los artículos cubiertos, se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de cuidados médicos sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a otro proveedor de cuidados médicos.
- Consulte el capítulo 3 para obtener información sobre cómo recibir atención médica de proveedores de atención primaria.

Proveedor dentro de la red: "proveedor" es el término general que utilizamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado médico en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y soportes a largo plazo.

- Cuentan con licencias o certificados de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con el plan médico y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los denomina “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que, además, no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el capítulo 3, se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Quality Improvement Organization (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Queja formal: un reclamo que usted hace sobre nosotros o sobre un proveedor o una farmacia de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención médica o la calidad del servicio prestado por su plan médico.

Reclamo: una declaración oral o por escrito que constata que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad del servicio, la calidad su atención médica, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “presentar una queja formal”.

Remisión: una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP. Si no obtiene aprobación, puede que Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a determinados especialistas, como a especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en el capítulo 3 y sobre los servicios que requieren remisiones en el capítulo 4.

Revisión médica independiente (IMR): si rechazamos su solicitud de servicios médicos o tratamiento, puede presentar una apelación ante nosotros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos medicamentos y suministros de DME, puede solicitarle una IMR al California Department of Managed Health Care. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR resulta a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. La IMR no tiene ningún costo para usted.

Salud del comportamiento: un término general que se refiere a trastornos de salud mental y abuso de sustancias.

Servicios cubiertos: término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y soportes a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y sin receta, los equipos y otros servicios cubiertos por el plan.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el capítulo 4 para conocer más acerca de los servicios de rehabilitación.

Servicios opcionales del plan de salud (Servicios CPO): servicios adicionales que son opcionales conforme a su Plan de salud individualizado (ICP). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y soportes a largo plazo que usted tiene autorizados recibir bajo Medi-Cal.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS): programa de servicio ambulatorio basado en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, cuidado personal, entrenamiento y apoyo de familia/cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a las personas inscritas que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Servicios y soportes a largo plazo (LTSS): los servicios y soportes a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica prolongada. La mayoría de estos servicios lo ayudan a que permanezca en su hogar y no tenga que dirigirse a un hogar de ancianos u hospital. Los LTSS incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Extra (Extra Help)”.

Tasa diaria de distribución de costos: costo que es posible que se aplique cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

A continuación, le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menor de \$0.045 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será menor de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$0.35.

Terapia escalonada: una norma de cobertura que requiere que usted primero intente con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite duals.anthem.com.



Servicios para Miembros de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

LLAME AL:	1-855-817-5785 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 6150 Cerritos, CA 90703-9329
SITIO WEB	duals.anthem.com



Si tiene preguntas, llame a Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan al 1-855-817-5785 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite duals.anthem.com.

¿Tiene alguna pregunta?

Llámenos al **1-855-817-5785** (TTY: **711**),
de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
La llamada no tiene costo. O bien, visite
duals.anthem.com.



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.